

Б. Е. ФРАНКЕНБЕРГ

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
ХИРУРГИЯ
ЛИЦА**


СПОДСЕТТО
1938

Б. Е. ФРАНКЕНБЕРГ

Зав. хирургической клиникой Института для усовершенствования врачей НКЗ АзССР—Баку

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЛИЦА

585 рисунков в тексте
и 5 рис. на вклейках



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — ЛЕНИНГРАД

1936

Книга представляет собой руководство по восстановительной хирургии лица, написанное по материалам автора. Рассчитана на врача-специалиста.

Редактор Л. Альтшуллер.
Зав. коррект. Л. Голицына.

Техред Р. Дементьева

Зав. граф. ч. Е. Смехов.
Ответ. за вып. в типогр. П. Маркелов.

Уполномоченный Главлита Б—20662. Биомедгиз 340 МД 4. Тираж 5200. Формат 72×109/16. Печ. л. 18³/₄.
Знак. в печ. л. 63350. Авт. л. 29,7. Сдано в тип. 4/IX 1935. Подп. к печ. 2/IV 1936. Заказ 1132.
Цена 6 р. 55 к. Переплет 1 р. 20 к.

16-я типография треста «Полиграфкнига», Трехпрудный пер., д. 9.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В памяти современников еще не изгладились картины ужасающих разрушений на лице после огнестрельных ранений, полученных во время империалистической войны, и мы накануне новой подобной же эпидемии. Даже мало посвященному ясно, что современная военная техника далеко ушла вперед от «успехов» конца империалистической войны.

Здесь не место приводить подробности о размерах повышения живой силы снарядов, о различных скоро- и многострельных гаубицах и пулеметах, о радиусе действия современных бомбовозов и истребителей. Все это ведет к увеличению процента раненых в голову.

Раненому с разрушением лица в отличие от большинства других хирургических повреждений мало заживить первичную рану. В последующем почти всегда приходится прибегать к различным восстановительным операциям. Эта наиболее важная часть лечения, так как нередко она должна буквально вернуть раненому человеческий облик, является и наиболее трудной. За последние два десятка лет восстановительная хирургия лица сделала большие успехи, особенно в технике практического выполнения той или иной пластической операции. Некоторые хирурги достигли большого совершенства и мастерства в этом деле, так отличном от остальных хирургических операций.

Необходимо этот опыт размножить и углубить, так как и в условиях мирного времени различного рода разрушения лица инфекционного и бытового порядка нередки. Материалом для настоящей работы послужили многочисленные наблюдения, которые мы начали вести с середины 1923 г. и продолжаем до сих пор.

Основная цель, которую мы себе поставили при выполнении этой работы, — это показать начинающему хирургу, как шаг за шагом выполняется пластическая операция на лице, а не только дать ему фотоснимки «до и после».

В этом деле встретилось много трудностей. Иную сложную пластическую операцию гораздо легче сделать, чем описать; поэтому при изложении мы обратили главное внимание на рисунок и схему, стремясь сделать их понятными настолько, чтобы ими можно было пользоваться почти без текста и специальных объяснений под рисунками. Вследствие этого мы вынуждены нередко повторяться. По тем же соображениям, а также из экономии рисунков мы совершенно исключили описание классических способов, достаточно полно изложенных в любом учебнике оперативной хирургии. Мы не ввели в нашу работу описание исправления заячьей губы или закрытий врожденных дефектов твердого неба и т. п.

Становясь опытнее из года в год, мы постепенно научались обходиться простыми способами, и омертвление лоскутов стало большой редкостью.

В каждой главе материал расположен в порядке возрастающей тяжести повреждений. Это облегчает понимание сложного. Детально разработанный план при восстановительной операции — это основное, и поэтому мы не можем

согласиться с таким например названием, как «блуждающий стебель». Стебель должен двигаться по твердо «заданному курсу», который предполагает наличие разработанного плана.

Насколько мне удалось все изложенное выше, предоставляю судить читателю.

Но имея в виду, что в отечественной литературе после войны нет книги, которая могла бы служить практическим руководством по этому вопросу, я позволяю себе предложить вниманию товарищей настоящую работу при всех ее недостатках. По многим соображениям и после многих колебаний принята не совсем обычная форма изложения и описаны лишь те способы и методы, которыми мы пользовались.

Работа эта начата автором в бытность его ассистентом клиники профессора Б. К. Финкельштейна. Неизменное внимание покойного учителя способствовало успеху работы, особенно в ее начале, когда неудачи часто лишали надежды и врача и пациента. Вкус к пластической хирургии мне привил мой первый учитель хирургии д-р медицины В. И. Фролов. Внимательное отношение проф. А. И. Окиншевича и бывшего директора больницы им. Семашко М. М. Лейбзона помогли мне в собирании материала для настоящей работы. Особую благодарность считаю необходимым выразить д-ру А. Н. Туркия из Азсоцстраха за помощь в деле организации в Баку специального отделения восстановительной хирургии.

Почти все рисунки и схемы выполнены художником Л. А. Шаровым, который с удивительным терпением и добросовестностью протоколировал операции.

Б. Е. Франкенберг

Баку.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.	3
Введение	7
Глава I. Общая тактика восстановительной хирургии лица	9
Анамнез	9
Первичное обследование	10
Исследование разрушения	11
Составление плана	12
Выстилающая оболочка—слизистая	13
Промежуточная опорная ткань—суппорт	13
Покрывающая оболочка—кожа	14
Лоскуты на ножке	16
Круглый стебель проф. В. П. Филатова	20
Анестезия	23
Инструментарий и материалы для шва	23
Подготовка к операции больного и операционного поля. Асептика	23
Операция	24
Последующее лечение	25
Глава II. Вдавленные рубцы и ожоги лица	46
Глава III. Шея.	46
Восстановление контура шеи при обширных рубцовых контрактурах	65
Глава IV. Область подбородка. Нижняя губа.	103
Глава V. Верхняя губа	133
Глава VI. Угол рта и предлежащая часть щеки	149
Глава VII. Нижняя челюсть	154
Контрактуры нижней челюсти.	154
Неправильно сросшиеся переломы нижней челюсти	172
Анкилозы челюстного сустава	175
Глава VIII. Твердое небо и верхняя челюсть	175
Закрытие дефектов твердого неба лоскутом кожи на круглом стебле по Филатову	181
Повреждения верхней челюсти	185
Глава IX. Нос	187
Группа I. Крыло носа.	194
Носовая перегородка	196
Группа II. Кожа носа.	198
Группа III. Седлообразный нос.	201
Группа IV. Средняя часть носового моста	214
Группа V. Сквозные разрушения верхней и средней трети носового моста.	220
Группа VI и VII. Разрушения нижней трети носа.	242
Глава X. Комбинированные разрушения лица	280
Глава XI. Приглазничная область	288
Глава XII. Опухоли лица	288
Ангиомы лица	291
Злокачественные опухоли лица	293
Глава XIII. Волосистая часть головы	295
Гипертрофические родимые пятна волосистой части головы	297
Глава XIV. Дефекты черепа	

ВВЕДЕНИЕ

Истоки восстановительной resp. пластической хирургии восходят к глубокой древности.

«За 1 000 лет до нашей эры ринопластика была в употреблении в Индии, и по показаниям, которые находим в Ayur-Véda Susruta, индийцы уже в ту отдаленную от нас эпоху использовали кожу щеки для образования носа. Индийцы уже тогда делали носовую перегородку (septum) и пытались, оставляя трубочки, сохранять открытыми вновь образованные носовые отверстия. Несколько позднее они употребляли для той же цели кожу лба¹».

По свидетельству Цейса (Zeiss) индийское искусство ринопластики было известно в Италии в XV веке.

В XVI столетии итальянец Таглиакоцца (Tagliacozza) предложил популярный до сих пор способ ринопластики из кожи плеча.

В 1869 г. французский студент Реверден (Jaques Reverdin) сделал доклад в Парижском хирургическом обществе об открытом им способе свободной пересадки кусочков кожи. За Реверденом Тирш (Tiersch) в 1874 г. опубликовал способ свободной пересадки эпителия.

Успехи биологии, введение антисептики и особенно асептики обогащают пластическую хирургию новыми способами и возможностями.

Современное учение об изолированной культуре тканей, учение о групповой принадлежности крови, сосудистом шве и т. д. сулят этому старейшему, но наименее разработанному отделу хирургии блестящее будущее.

Еще до введения антисептики пластическая хирургия благодаря особым условиям на лице давала хорошие результаты в руках некоторых хирургов (Грефе, Диффенбах, Аммон, Пирогов и др.), но особенного прогресса она достигает за последнюю четверть века.

К началу мировой войны в вопросах восстановительной хирургии и трансплантации тканей были достигнуты значительные успехи, но ряд вопросов нуждался в практической проверке.

Мировая война много способствовала прогрессу восстановительной хирургии, так как вследствие необычайно возросшей роли артиллерии, авиации и пулеметного огня количество раненых в голову по сравнению с предыдущими войнами резко увеличилось. По данным различных авторов ранения головы в минувшей войне составляли от 17 до 20%.

Из общего количества раненых в голову половина ранений приходится на лицевую часть черепа. Если иметь в виду, что количество раненых в минувшую войну исчислялось в миллионах, нетрудно себе представить, что 10% раненых в лицо составляют значительную цифру.

Вскоре после начала войны стало ясно, что раненый в лицо требует особого ухода после ранения и совершенно особого способа лечения после заживле-

¹ Шимановский, Операции на поверхности человеческого тела, Киев, 1865.

ния первичной раны. В ряде воюющих стран—во Франции, Германии, Англии, а под самый конец войны и в царской России,—были учреждены специальные челюстно-лицевые госпитали. Хирурги, работавшие в этих учреждениях, сумели накопить большой опыт в восстановительной хирургии лица, проверить старые способы и утвердить ряд новых идей.

Опасность новой войны грозит человечеству. А мы знаем, что живая сила снарядов увеличивается, что роль артиллерии и авиации в будущей войне несомненно повысится еще более и что следовательно возрастет и количество раненых в голову.

Сейчас поэтому необходимо изучить опыт прошедшей войны в деле лечения повреждений лица и углублять этот опыт на материале мирного времени, необходимо популяризировать идею открытия отделений челюстно-лицевой хирургии и подготовки кадров хирургов и зубных врачей-протезистов. Необходимо также популяризировать этот вид хирургии среди населения, потому что до сих пор еще встречаются инвалиды мировой и гражданской войны, имеющие разрушения лица и никогда не подвергавшиеся специальному лечению.

Совсем недавно, всего несколько лет назад, даже среди части врачей существовала предвзятая точка зрения на пластическую хирургию, с которой связывалось представление о «наведении красоты». Сейчас это вредное предубеждение исчезает, и уже никто не сомневается в том, что разрушенный нос так же необходимо восстановить, как и прооперировать грыжу.

В Бельгии в последние годы стал выходить специальный журнал «Revue de Chirurgie plastique». Во Франции в течение последних лет состоялось несколько съездов, посвященных специально восстановительной хирургии. Там же существует «Société Scientifique Française de chirurgie réparatrice». В Соединенных штатах Америки учреждена впервые кафедра восстановительной хирургии, директором которой избран Шиген (Sheehan). В Нью-Йорке имеется «The Society of Plastik in Reconstruction Surgery».

У нас в СССР за последние годы произошел также сдвиг в этом отношении. В Москве, в Протезном институте существует отделение для лицевых больных, где с успехом работает проф. А. Э. Рауэр, а в Ленинграде успеху и популярности восстановительной хирургии лица много способствует деятельность проф. А. А. Лимберга.

ОБЩАЯ ТАКТИКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

В зависимости от того, чем вызвано разрушение лица и в какой период разрушения больной поступает для лечения, определяется линия поведения хирурга.

Почти все разрушения лица могут быть разделены на три больших группы: 1) травматические, 2) инфекционные (сифилис, волчанка, водяной рак) и разрушения после удаления опухолей, и наконец особую группу составляют 3) врожденные уродства и недостатки развития лица.

Травматические разрушения лица представляют более благодарный материал и почву для восстановления, чем инфекционные. Травматические разрушения—это чисто локальные заболевания; рубцы при них ограниченные, сосуды и нервы нормальны. Пересаживаемые ткани не изменены в своем существе, и процессы заживления и регенерации протекают поэтому благоприятно.

Не то при хронических инфекциях (сифилис, волчанка): рубцы обширные и глубокие, процессы заживления нарушены общим основным заболеванием; трансплантаты вследствие этого не обладают нормальной живучестью и воспринимающие почвы также не способствуют успеху.

Такие же плохие условия для пластики обнаруживают и малярики, а также больные с дефектами после удаления злокачественных опухолей лица.

В основном в лечении больного, подлежащего восстановительной операции, можно наметить следующие этапы:

1. Анамнез, первичное обследование и первичное лечение.
2. Исследования разрушения после предварительного лечения.
3. Составление плана восстановления.
4. Операция.
5. Последующее лечение.

АНАМНЕЗ

При собирании анамнеза выясняются наряду с причинами разрушения лица данные общего характера (сифилис, малярия).

ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

При свежих обширных огнестрельных ранениях лица основная опасность заключается в шоке, кровотечении и расстройствах дыхания вследствие западения языка при разmozжении челюсти и дна рта.

В противоположность другим частям тела на лице не следует производить обширного первичного вырезывания раны, так как богато снабженное сосудами, оно быстро оправляется от шока и сравнительно мало подвержено инфекции. Столбняк и газовая флегмона редко наступают даже при самых обширных разmozжениях мягких тканей лица. Чаще наступает рожа.

Не следует спешить также с первичным тщательным зашиванием раны, особенно при разmozжении челюсти. Несколько ситуационных швов, соеди-

няющих кожу со слизистой, достаточно для того, чтобы предупредить последующие большие рубцовые стягивания. Особенно это важно при размождении челюстей. Мягкие ткани должны покрыть костные фрагменты, чтобы предупредить их некроз вследствие высыхания.

При западении языка (в условиях благоустроенного госпиталя или больницы) язык надо взять на лигатуру и укрепить снаружи на какой-либо шине, например Фальтина. В случаях, требующих транспорта, при невозможности обеспечить немедленную помощь при явлениях асфиксии, может встретиться необходимость в провизорной трахеотомии. Шинирование челюсти следует производить несколько позже в лечебных учреждениях, специально для этого приспособленных. Частые приращения теплой водой или какими-либо легкими антисептическими растворами быстро очищают рану. В некоторых случаях для питания больных проводится через нос в желудок зонд, который оставляется на несколько дней. Только после полного заживления раны приступают к восстановительной операции.

При язве и при разрушениях сифилитического или волчаночного порядка полное заживление всех гранулирующих поверхностей, а также отрицательная реакция Вассермана являются обязательными условиями для всякой восстановительной операции. У маляриков необходима предварительная хилизация, а у ослабленных субъектов—улучшение общего состояния.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗРУШЕНИЯ

После окончательного заживления первичной раны через тот или иной промежуток времени в зависимости от причины, вызвавшей разрушение, приступают к составлению плана операции.

Для этого необходимо произвести тщательное исследование разрушенной области.

Всякая деформированная или уничтоженная часть лица должна быть восстановлена не только в косметически удовлетворительном виде: восстанавливаемой части необходимо вернуть утраченную функцию. Так например новая щека должна быть эластична. При раскрывании рта она должна достаточно растянуться. Восстанавливаемый нос кроме внешней приемлемой формы должен иметь хорошие воздухоносные пути.

Где соблюдены эти два правила—функция и форма,—там можно рассчитывать на настоящий и стойкий эффект, и только в этих случаях обычно получается наилучший косметический результат. Игнорирование же этих основных правил очень часто ведет к тому, что хорошо построенная часть лица вскоре после операции теряет форму, не говоря уже об утрате функции вследствие рубцового сморщивания на внутренней поверхности пересаженных лоскутов.

Из сказанного следует, что восстанавливаемый орган должен быть построен из тех частей и слоев, которые он имеет в нормальном состоянии.

Всякая часть лица имеет три слоя. Так, нос имеет 1) наружное покрытие—кожу, 2) внутреннюю выстилающую оболочку (выстилку)—слизистую и 3) промежуточную опорную ткань—кость, хрящ. Губа и щека вместо кости промежуточным слоем имеют мышечную и жировую ткань.

Исследуя больного, подлежащего пластической операции, необходимо точно выяснить, что осталось из покрывающей оболочки, выстилки и опорных тканей. Выясняются размеры рубца, разыскиваются адекватные и симметричные точки, чтобы при восстановлении вновь водворить их на место. Размеры разрушения кости определяются рентгено снимками.

Самые маленькие остатки тканей части носа, крыльев, слизистой губы, красной каймы—все это должно быть учтено как ценные остатки материала, которые следует использовать.

Очень часто величина разрушения значительно больше действительной потери тканей—это выясняется лишь детальным изучением разрушения.

Подобного рода исследования хорошо производить подряд несколько дней, внимательно изучая область разрушения как снаружи, так и в области рта и носа. Это необходимо для того, чтобы совершенно ясно запомнить топографию разрушенной области, что в последующем, при составлении плана, облегчит ориентировку. Иногда при этом удается узнать в деформированных тканях, особенно при огнестрельных ранениях, те или иные пункты лица, перемещенные рубцами, например угол рта, *phyltrum*, уголок века и т. д.

Нахождение этих точек упрощает составление плана—следует лишь представить себе, как будет выглядеть разрушение, если эти точки станут на свое анатомическое место, и что в этом случае необходимо для закрытия разрушения.

СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА

Таким образом, изучив топографию разрушения, переходят к составлению плана операции.

Для такого составления необходимо приготовить фотографические снимки больного. Желательно иметь его фотографию до повреждения. В сложных случаях с лица больного снимается гипсовая маска.

Имея на руках этот материал, приступаем к составлению плана восстановления, который, учитывая общее состояние больного и характер дефекта, должен предусмотреть:

1. Разрешение наиболее простым способом и в самый короткий срок задачи восстановления.

2. Обеспечение восстановленной части ее анатомических слоев—наружного покрова, опорной ткани и выстилки.

3. Обеспечение анатомически правильной формы и функционального результата.

4. Обеспечение такого исхода, чтобы в случае частичной или даже полной неудачи операции новый дефект не был больше и тяжелее, чем существовавший до нее.

5. Порядок и очередность восстановления каждой части лица при сложных и комбинированных повреждениях одновременно различных частей его в зависимости одна от другой с тем, чтобы можно было использовать остатки тканей и лоскутов от предыдущей операции для следующего этапа.

6. Строжайшую экономию в расходовании материала.

7. Отсутствие на лице многочисленных рубцов, особенно расположенных вразрез с ходом лангеровских бороздок.

При составлении плана в каждом случае восстановления следует стремиться к тому, чтобы наружное покрытие по характеру материала и по своей фактуре соответствовало соседним тканям. Поэтому мобилизация лоскутов в непосредственной близости к дефекту дает наилучший косметический результат и очень часто упрощает операцию. Если это условие невыполнимо, то прибегают к мобилизации лоскутов на ножке со лба, груди, руки и т. д. Лоскуты на ножке следует расположить таким образом, чтобы они не создавали тягостной позы для больного и были обеспечены достаточным питанием.

Чем подробнее и лучше разработан план, выбранный из различных вариантов, тем больше гарантий на успех.

Подробно останавливаемся мы на этом потому, что встречаются больные, у которых несмотря на повторные операции и наличие многочисленных рубцов на лице и теле результаты хирургического вмешательства или минимальны, или же пересаженные лоскуты выглядят инородными телами. Восстановление в этих случаях наталкивается на двойные трудности—наличие первичного дефекта и вторичных послеоперационных рубцов на местах, где можно было бы взять материал для восстановления.

В сложных случаях карандаш, циркуль, линейка, станнолевые пластинки и ножницы облегчают составление плана на гипсовой маске. При помощи

этого несложного инструмента удастся разработать и приготовить макет операции во всех ее деталях.

Несмотря на все многообразие повреждений лица при известном опыте удастся свести их в определенные группы однородного порядка, для которых могут быть выработаны типические операции. В этом один из факторов прогресса пластической хирургии. Необходимо научиться распознавать в любом сложном повреждении элементарное. С этой целью мы приводим ниже различные с первого взгляда повреждения, оперированные одним и тем же способом, так как при более внимательном изучении различие является лишь кажущимся.

Предположим, что намечены этапы операции. Точно известно, где будет взят материал для выстилки, для опорной ткани и для наружного покрытия.

ВЫСТИЛАЮЩАЯ ОБОЛОЧКА—СЛИЗИСТАЯ

Восстановленная часть должна быть прежде всего обеспечена слизистой оболочкой—выстилкой. Совершенно прав Джильс (Gillies), когда говорит, что неудачи в пластической хирургии во многом объясняются тем, что не учитывалось это обстоятельство. Нос, построенный только за счет наружного покрытия, вскоре изменяет свою форму. Лоскут рубцуется с раневой стороны, почему нос теряет форму и носовые ходы облитерируются. Лоскуты для щек, рубцуясь, приводят к контрактуре челюсти. Новая губа, не имея достаточно глубокой губной канавки, сморщивается или вворачивается, обнажая зубы.

Для образования выстилки следует использовать остатки слизистой вокруг дефекта или с внутренней поверхности щек или рубцы и окружающую кожу, свободную от растительности.

При больших разрушениях слизистой, например щеки или дна рта, для образования выстилки переносится кожа шеи, груди или лба в виде опрокидывающихся или мостовидных лоскутов или же на заранее удвоенных лоскутах (Израель, Алмазова, Лексер, Милостанов, Рауэр, Пикериль и др.).

Для образования красной каймы губы берется лоскут слизистой с противоположной губы или с внутренней поверхности щеки.

При небольших разрушениях слизистой в области *sulcus labialis*, препятствующих раскрытию рта и нормальному положению протеза, а также при заращении носовых ходов эссеровская вкладка оказывает большую помощь. Несложная техника этого замечательного способа заключается в следующем. При рубцовом заращении носовых ходов последние расширяются скапеллем. Удаляется рубцовая ткань. Затем берется тиршевский трансплантат и им покрывается резиновая трубка раневой поверхностью наружу. Трубка по диаметру соответствует носовому ходу. Несколько кетгутовых нитей фиксируют лоскут на трубке. Трубка, вооруженная трансплантатом, вводится в носовой ход.

Эпителизация раневой поверхности заканчивается в 10—12 дней.

Для устранения рубцовых разрушений губной канавки (*sulcus labialis*) поступают следующим образом. На зубы, в область рубцовой облитерации слизистой губы, приготавливают металлические каппы, к которым припаивают металлический стержень, идущий вдоль рубца. Иссекают рубец. Надевают на зубы каппы, снабженные стержнем. Затем при помощи стенса делают оттиск раневой поверхности таким образом, что стержень оказывается в толще стенса. Каппы вместе со стенсом вынимают из полости рта. Тиршевскими трансплантатами раневой поверхностью наружу покрывают оттиск раны. Погружают вкладку Эссера снова в рот, надев каппы на зубы. Стенс придавит трансплантаты к освеженной поверхности *sulcus labialis*. Обычно через 10—12 дней лоскуты оказываются прижившимися. Стенс и каппы удаляют. Снимают оттиск для изготовления постоянного протеза, а впредь до его изготовления стенс вводят снова.

Техника погружения вклады Эссера в рот видоизменялась многими. Мы описали технику, принятую у нас в отделении. Операция производится под местной анестезией. Вкладкой Эссера мы пользовались также для создания наружного покрытия на нижнем веке и образования ложа для глазного протеза. Подробнее это изложено в соответствующей главе (гл. IX).

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОПОРНАЯ ТКАНЬ—СУППОРТ

Материал для промежуточной ткани не всегда удается создать из той ткани, которая ему соответствует в норме.

При образовании верхней губы редко удается включить в лоскут мышцы, которые могли бы вернуть новой губе мимические движения. На сегодняшний день следует считать достаточным, если в спокойном состоянии лица новая губа приближается по форме к нормальной и гармонирует с остальным лицом.

При разрушении костно-хрящевого остова носа мы всегда пользуемся для его восстановления реберным хрящом. Он легко моделируется и не рассасывается. Мы располагаем наблюдениями, когда хрящ через десять и больше лет сохранил совершенно неизменной свою форму и размеры. Употребление костных трансплантатов для этих целей мы оставили совершенно ввиду их склонности к рассасыванию.

В противоположность этому при разрушениях челюсти костные трансплантаты прекрасно приживаются и сохраняют полную жизнеспособность.

Чтобы придать той или иной части лица нормальный контур при вдавленных рубцах или при асимметриях части лица вследствие например удаления верхней челюсти, в качестве промежуточной ткани могут быть использованы жир и хрящ в виде свободных трансплантатов.

ПОКРЫВАЮЩАЯ ОБОЛОЧКА—КОЖА

Выше мы уже говорили о том, какие требования предъявляются к наружному покрытию.

Все кожные лоскуты делятся на две больших группы:

- 1) трансплантаты свободные—Ревердена, Тирша, Вольфа (Wolf),
- 2) лоскуты на ножке—например Краузе (Krause), скальп по Лексеру (Lexer), филатовский стебель и т. д.

Реверденовские трансплантаты редко употребляются на лице, так как они оставляют после себя некрасивые рубцы, но для закрытия вторичных дефектов где-либо на месте взятия лоскута на частях тела, покрытых одеждой, они оказывают существенную пользу. Незаменимы они для закрытия дефектов после скальпа.

Тиршевские трансплантаты находят себе также ограниченное применение. Употребляются они для образования наружного покрытия верхнего и нижнего века, а также в тех случаях, о которых говорилось выше при описании выстилки.

Вольфовские трансплантаты ограничены в своем применении почти теми же рамками, что и тиршевские.

Что касается техники выкраивания вольфовских трансплантатов, то размеры выкраиваемого трансплантата должны точно соответствовать размерам дефекта, чтобы трансплантат сохранил на новом месте свой физиологический тонус. Лоскут пришивается к дефекту конским волосом.

На воспринимающей поверхности необходимо тщательно остановить кровотечение, только тогда трансплантат немедленно питимно склеивается с освеженной поверхностью, что очень важно для его дальнейшей судьбы. С той же целью трансплантат придавливают резиновым баллоном [способ Смит-Ферриса (Smith-Ferris), введенный у нас в СССР Лимбергом]. Мы придавливаем трансплантаты резиновой губкой.

ЛОСКУТЫ НА НОЖКЕ

Эта группа составляет основной материал для закрытия дефектов.

Кожные лоскуты служат самым разнообразным целям: идут на образование выстилки и наружного покрытия, или, предварительно вооруженные, например хрящом или эпителием, сразу образуют и выстилку и суппорт, или же служат одновременно покрытием и выстилкой и т. д.

Кожные лоскуты можно разделить в основном на две больших группы.

1. Лоскуты, образуемые в непосредственной близости к дефекту и по большей части сами целиком служащие целям закрытия дефекта.

2. Лоскуты, образуемые в отдалении от дефекта и предназначенные для закрытия последнего только некоторой своей частью. Остальная часть лоскута или возвращается на место или удаляется. Прототипом этих лоскутов служат лоскуты по Краузе.

Нередко такое деление оказывается искусственным, и лоскут совмещает в себе качества первой и второй группы.

В каждом лоскуте второй группы мы различаем питающий конец, тело или шейку лоскута и лоскутный конец.

По характеру своего расположения по отношению к закрываемому дефекту лоскуты бывают восходящими, опускающимися, мостовидными, опрокидывающимися и т. д.

Составляя план операции, необходимо разработать точно место взятия лоскута; при этом всегда лучше расположить питающий конец так, чтобы сосуды входили через него в лоскут.

Выкраивать лоскут необходимо обязательно в направлении естественных углублений, морщинок и лангеровских бороздок лица. Размеры лоскута никогда не должны быть больше размеров дефекта. Поперечник лоскутного конца всегда должен быть уже питающего на несколько миллиметров. Линии поворота лоскута вокруг шейки или питающего конца должны идти в виде пологой дуги. Самым бережным инструментом для лоскута будут пальцы хирурга.

Нет возможности перечислить множества различных лоскутов и способов их выкраивания, предложенных различными авторами: одни и те же лоскуты очень часто многими предлагались независимо друг от друга. Иозеф (Joseph) например многое называет способом Иозефа, а между тем в старых учебниках, например Шимановского (1865), можно найти описание этого же способа как давно известного. Поэтому, чтобы избежать ошибки, мы в изложении называем именами авторов лишь те лоскуты, по отношению к которым это авторство не возбуждает никаких сомнений.

Подробнее хотелось бы остановиться на описании техники двух способов, которые в настоящее время имеют большое значение в восстановительной хирургии. Это скальп по Лексеру и филатовский стебель.

Огнестрельные ранения лица встречаются главным образом у мужчин — так это было во всяком случае в прошедшую войну, и скальп по Лексеру при восстановлении дефектов лица у мужчин является почти универсальным материалом.

При помощи скальпа, выкроенного вместе с кожей лба (пистолетная ручка), удается одним лоскутом при самых больших разрушениях восстановить наружное покрытие и выстилку. Скальп по фактуре материала больше всего подходит к материалу мужской щеки, покрытой растительностью. Лоскут этот надежно снабжен сосудами, почему и обеспечивает благополучный исход. Он не создает новых рубцов на лице, а след на месте выкраивания его на голове совершенно незаметен.

В зависимости от того, предполагается ли по плану операции использовать скальп только как наружное покрытие или же подлежащая часть кожи лба пойдет на выстилку, зависят размеры и рисунок выкраиваемого скальпа.

Питающий конец скальпа располагается у верхнего края уха, имея в поперечнике 7—8—10 см в зависимости от длины лоскута. Лоскутный конец скальпа соответствует размерам и рисунку закрываемого дефекта.

Скальп нужно выкроить таким образом, чтобы его передний край находился в волосистой части головы, отступя от границы волосистой части на 5—6 мм кзади.

Питание огромного лоскута идет за счет *a. temporalis*, которую из осторожности следует всегда перед выкраиванием предварительно прощупать у основания скальпа.

В тех случаях, когда скальп служит одновременно при помощи кожи лба образованию выстилки, выкраивание лоскутного конца скальпа лучше сделать по станиолевой выкройке, которая представляет собой макет развернутой губы—выстилки и наружного покрытия.

Для образования например верхней губы лоскутный конец скальпа удваивается по границе с волосистой частью. Кожа лба, лишенная волос, идет на выстилку, образуя свободный край губы по границе перегиба с волосистой частью. Волосистая часть лоскута превращается в наружное покрытие. При необходимости образовать слизистую дна рта поступают таким же образом, но размеры лоскута значительно больше или он может быть образован в виде забрала. Лоскутную часть скальпа выкраивают на высоте дефекта, подлежащего закрытию, например крайний пункт свободного конца скальпа для полного образования верхней губы лежит на высоте внутреннего угла глаза.

Вначале для уменьшения кровотечения при выкраивании скальпа мы накладывали по его границе гейденгайновские швы (Heidenhein), но затем стали пользоваться техникой Кушинга (Cushing), предложенной им для операции на мозгу.

На бритой голове желательно заранее нанести при помощи ляпнеа рисунок скальпа, но при некотором опыте достаточно сделать скальпелем поверхностные засечки на коже.

Выкраивание скальпа начинается с лоскутного конца. Для остановки кровотечения помощник и оператор придавливают пальцами кожу лба по линии разреза друг против друга. На этом протяжении делают разрез, не повреждая *galea*. Наружные края раны захватываются часто кровоостанавливающими зажимами и выворачиваются наружу. Нет особой надобности искать отдельно каждый сосуд. Так, шаг за шагом выкраивается верхняя половина лоскута, которую затем отдирают от надкостницы, захватив ее тампонами. Дойдя до верхнего края височной мышцы, надсекают височную фасцию и отслаивают ее от височной мышцы, увлекая вместе со скальпом. Благодаря этому *a. t. temporalis*, прикрытая фасцией, оберегается от травмы и тромбоза. Это очень важная подробность техники.

Чтобы удлинить лоскут, иногда бывает необходимо тупо отдавить скальп; при этом отдавливается и верхняя половина ушной раковины, перегибающаяся тогда наружу надвое.

Пока хирург с одним помощником устраивает на новом месте лоскут, другой уменьшает рану на голове при помощи сильных матрасных швов, которые одновременно благодаря натяжению краев раны останавливают кровотечение и делают совершенно излишней изолированную перевязку сосудов.

Обычно на большую рану головы накладывается сухая асептическая повязка или реже вазелиновая. Матрасные швы удаляются на десятый день, при первой смене повязки, когда образовались уже хорошие грануляции и опасность инфекции ничтожна. Лексер снимает швы через два дня. Мы на это не решались!

Через 14—16 дней скальп отсекается на месте перехода его в лоскутную часть. Остаток скальпа расправляется и возвращается на череп, где он под местной анестезией пришивается к слегка приподнятым для этого скальпелем краям раны.

Остающуюся часть раны, не покрытую скальпом, в области лба Лексер рекомендует покрыть одним большим тиршевским трансплантатом. Так делали и мы вначале, но затем стали поступать иначе, потому что на месте пересаженного трансплантата на лбу оставалась некрасивая, лишенная волос плешь. Мы давали возможность ране затянуться рубцом, благодаря чему соседняя кожа стала стягиваться грануляциями и в результате образовалась почти сплошная волосистая поверхность, а среди волос — небольшой рубец. Несколько более продолжительное заживление раны головы не удлиняло срока лечения. Рана на голове заживала обычно значительно раньше, чем заканчивалась основная операция.

Последующий косметический результат прекрасен. След от скальпа незаметен. В преимуществе этого маленького добавления к способу Лексера легко убедиться, сравнивая наши результаты с такими же у Лексера.

КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬ ПРОФ. В. П. ФИЛАТОВА

Филатовский стебель является крупным завоеванием современной восстановительной хирургии.

9 сентября 1916 г. В. П. Филатов впервые произвел операцию восстановления дефекта нижнего века этим методом. 22 ноября 1916 г. он сделал первый доклад об этом способе на заседании Одесского офтальмологического общества и описал стебель в майской книжке «Вестника офтальмологии» за 1917 г. Джильс впервые применил этот же способ в 1917 г.

Нет особой необходимости снова подробно останавливаться на вопросе о том, кому принадлежит приоритет Филатову или Джильсу, так как из сказанного выше это достаточно ясно, хотя И. И. Греков предлагал называть этот способ способом Филатова — Джильса, так как каждый из авторов пришел к нему самостоятельно и независимо один от другого.

За последнее десятилетие применение стебля получило огромное распространение и по этому вопросу имеется солидная литература.

Несколько слов о названии. Нам кажется, что наиболее подходящим будет «круглый стебель» или «филатовский стебель» — это еще лучше. Название «трубчатый стебель» не отвечает содержанию, так как никакой трубки в филатовском стебле не имеется. Неудачным нам кажется также название, которое мы встречали у Лексера «Henkelstiel», чемоданная ручка.

Кстати, мы позволим себе привести мнение Лексера о филатовском стебле.

«Вместе большого блуждающего лоскута в следующем случае следовало бы предпринять так называемую пластику на круглом или трубчатом стебле, но она здесь совершенно не оправдала себя...» «Существует возможность брать лоскут на большом расстоянии, например с груди или из кожи спины...», И дальше: «Если бы с некоторой уверенностью было возможно при помощи этого способа образование более крупных лоскутов, этот метод дал бы исключительно много, и можно было бы примириться с его длительностью; к сожалению это не имеет места»¹.

Странно, что столь большой авторитет и знаток восстановительной хирургии, как Лексер, дает столь поспешную и явно противоречащую действительности оценку филатовскому стеблю.

Больше десяти лет мы пользуемся филатовским стеблем, расширяя рамки его применения, но никогда не превращали его в универсальный метод для пластической хирургии.

Мы различаем в каждом стебле: 1) тело, 2) питающий или проксимальный конец, 3) лоскутный или дистальный конец.

Стебель может быть 1) острым и 2) хроническим.

Острым стеблем мы называем такой, который непосредственно в момент своего образования или сам, или при помощи лоскута на нем немедленно уча-

¹ L e x e r, Die gesamte Wiederherstellungschirurgie, B. I, 149—150, 1931.

ствуется в пластической операции (например при превращении шейки индийского лоскута в стебель).

Хронический стебель после своего образования до момента использования для пластики проходит стадию «созревания», которую мы считаем в согласии с многими авторами равной минимально трем неделям. За это время кровоснабжение стебля успевает надежно установиться, и тогда можно без большого риска приступить к последующим манипуляциям.

Сфера применения острого стебля в противоположность хроническому очень ограничена.

Хронический стебель может быть 1) простым, 2) шагающим и 3) мигрирующим¹.

У простого стебля питающий конец неподвижен.

Шагающим стеблем мы называем такой, который передвигается за каждый шаг лишь на свою собственную длину, это значит, что после приращения лоскутного конца отсекается питающий и переносится на длину стебля на новую точку. В этот момент роли меняются: вначале лоскутный конец превращается в питающий, и наоборот.

Мигрирующий стебель образуется где-либо в большом отдалении от области, куда он должен быть пересажен. Например для пластики носа стебель образуется на передней стенке живота, потом он приживляется к предплечью или кисти, а вслед за тем кисть с приращенным стеблем переносится на голову, где и производится приживание последнего к носу. Другой, более простой вид миграции — это образование стебля в области локтевого сгиба с последующим перенесением его на лицо при помощи верхней конечности (Джанелидзе).

Стебель или сам служит целям восстановления или же является передатчиком материала — кожного лоскута, хряща, слизистой — к месту дефекта. Выполнив роль передатчика, стебель может затем превратиться в материал для восстановления.

Длина, поперечный диаметр, место выкраивания лоскута и количество стеблей зависят от плана операции.

Самый длинный стебель у нас имел 28—30 см. Чем длиннее стебель, тем соответственно больше должен быть его поперечник.

Выкроить стебель можно в любой части тела в зависимости от того, как построен план операции. Следует избегать мигрирующих стеблей, так как по существу они повторяют все недостатки итальянского способа, связанные с вынужденной позой при фиксации верхней конечности к голове.

Одно из основных преимуществ филатовского стебля — это возможность освободить больного от мучительного положения с прибинтованной к голове рукой.

Чтобы надежнее обеспечить питание лоскута, филатовский стебель может быть не одиночным, а множественным, если он подходит с противоположных сторон к лоскуту (стременообразный лоскут).

Как мы уже сказали выше, первоначальное место расположения, размеры и количество стеблей зависят от плана операции. При этом учитываются все косметические соображения, связанные с образованием стебля. Рубец на месте выкроенного стебля должен быть линейным и не располагаться на обнаженных от платья частях тела. При выборе участка для выкраивания стебля необходимо, чтобы сосуды и лангеровские бороздки были параллельны длиннику стебля. Желательно, чтобы кожа, идущая на построение стебля, имела поменьше жировой подкладки, так как последняя всегда создает опасное напряжение особенно на середине стебля. При составлении плана восстановления особенно необходимо предусмотреть такое положение, чтобы стебель поменьше шагал и мигрировал до основной операции, потому что каждый лишний шаг удлиняет срок лечения и подвергает опасности окончательный результат.

¹ Но не блуждающим, так как перед операцией должно знать направление, «курс» передвижения стебля.

Стебель надо расположить так, чтобы больной без особой надобности не испытывал больших неудобств от позы, как это имеет место при итальянском методе, что также нередко мешает благоприятному исходу операции.

Наилучшим участком для образования стебля, отвечающим большинству выставленных требований, является кожа шеи вдоль *m. sterno-cleido-mastoideus*, но он не удовлетворяет эстетическим требованиям. Поэтому уже в течение многих лет мы образуем стебель в подключичной ямке. Мы не пользуемся для пластики лица стеблями на верхней конечности, особенно вдоль локтевого сустава, а также стеблями с передней стенки живота, из соображений, высказанных выше относительно позы и рубцов, к которым присоединяются также соображения о разнице в фактуре кожи лица и например живота.

При выборе способа анестезии для образования стебля необходимо иметь в виду количество подкожной жировой клетчатки, поперечник стебля и его поперечное натяжение, особенно на середине стебля — главной причине омертвления. При наличии избыточной жировой клетчатки и при применении местной анестезии повышаются шансы отека и натяжения. Поэтому у мужчин для образования стебля мы охотно применяем местную анестезию, у женщин — общий эфирный наркоз.

Образование стебля производится следующим образом. Двумя параллельными разрезами выкраивают кожную ленту в поперечнике от 5 до 8—10 см и не-



Рис. 1

обходимой длины. У обоих концов ленту расширяют так, как это показано на рис. 1. При производстве кожных разрезов нож должно направить косвенно к поверхности кожи таким образом, чтобы поперечник выкроенной полосы при наличии подкожной жировой клетчатки имел рисунок равнобедренного треугольника, широкое основание которого — кожная поверхность. Выкроенная полоса кожи отслаивается на всем протяжении. Вершину треугольника срезают по всей длине ножницами для уменьшения последующего натяжения.

Сшивают края кожной полосы конским волосом.

Расширенные концы кожной ленты обеспечивают судьбу сосудов, входящих в стебель. Чтобы надежнее обеспечить питание стебля при образовании вдоль хода *m. sterno-cleido-mastoideus*, в него должна быть включена *platysma myoides*.

Рана на месте выкроенного лоскута должна быть обязательно закрыта наглухо. Имеющееся натяжение легко устраняется матрасными и пуговичными швами. Заживление этой раны не должно задерживать хода восстановления.

Под стебель прокладывают широкий плоский тампон, поверх стебля — мягкую ватную повязку. Нужно следить, чтобы какой-либо из туров бинта не прижал стебля поперек. Необходимо наблюдение за стеблем. В случае признаков цианоза надо распустить несколько швов.

На восьмой и десятый день удаляют швы со стебля и на месте выкраивания последнего. Ежедневная последующая ванна и клеоловая наклейка из марли защищают стебель. Еще через десять дней можно приступить к дальнейшим манипуляциям над стеблем: он «созрел».

Если предположено, что стебель сам идет в качестве материала для закрытия дефекта, то он отсекается у одного из своих концов и вживляется там, где ему надлежит быть по плану.

Что касается выживания отсеченного конца стебля на новом месте, то необходимо обеспечить концу стебля хорошую адаптацию с воспринимающей поверхностью.

Мы выработали следующую технику. Место, куда должен быть пересажен стебель, пересекается двумя взаимноперпендикулярными разрезами в виде равноконечного креста. Образовавшиеся четыре лоскута отслаивают, обнажая раневую поверхность. Концы этих лоскутов отсекают. Подлежащий пересадке конец стебля освежается—пересекается поперек, и через раневую поверхность проводят крестообразный разрез, чтобы получить рисунок, соответствующий рисунку воспринимающей раны.

Понятно, что все размеры лоскутов и краев измеряются в миллиметрах. Матрасные швы из конского волоса хорошо адаптируют эти поверхности.

Первыми следует накладывать швы со стороны, к которой доступ наиболее затруднен.

Чтобы предупредить преждевременное прорезывание швов вследствие тяжести стебля, иногда бывает необходимо подвесить его, дав «слабинку» пересаживаемому концу. Подвешивание можно произвести двояко—или прошив середину стебля пуговичным швом, второй конец ниток прикрепить где-либо выше («струна»—см. например случай 86, стр. 206), или же один конец полоски марли приклеить клеолом к середине стебля, а второй конец, натянув стебель в желаемом направлении, прикрепить к повязке или к коже.

В тех случаях, где стебель служит лишь средством для переноса лоскута, тактика несколько иная.

Прогресс восстановительной хирургии целиком зависит от того, насколько хорошо мы научимся трансплантировать ткани. Ничто так тяжело не отражается на психике больного и хирурга, как некроз лоскута. Поэтому никогда не следует подвергать риску исход операции, перенося лоскут на стебле в момент его выкраивания.

В течение многих лет мы с большим успехом пользуемся советами Девиса (Davis), которые содержат следующие указания. Лоскут кожи, подлежащий переносу, выкраивается и отделяется на $\frac{3}{4}$ площади от материнской почвы, сохраняя с ней связь только через ножку, в данном случае стебель, остающийся еще не отделенным. По размерам образованной раны выкраивается пластинка из тонкого станиоля. Пластинка укладывается на дно раны, лоскут поверх нее и края лоскута вновь сшиваются с материнскими краями. Пластинка предупреждает сращение между лоскутом и материнской почвой, понуждая лоскут питаться через ножку—филатовский стебель. На четвертый-шестой день лоскут готов к пересадке.

Мы упростили способ Девиса и не подкладываем свинцовой пластинки под лоскут, считая достаточным его отделение.

Чем больше лоскут и чем хуже условия для пластинки (сифилис, волчанка, малярия), тем больше необходимо проявить осторожности. Провизорное отделение лоскута в этих случаях разбивается на 2—3 темпа с промежутками в два дня для передней и задней полуокружности лоскута. Подобная тактика гарантирует нам судьбу лоскутов.

При очень больших лоскутах одного стебля для питания лоскута бывает недостаточно. Тогда образуются два-три стебля, подходящие к лоскуту с противоположных сторон. При этом нужно позаботиться о рациональном расположении этих стеблей, чтобы они в последующем не мешали перенесению лоскута, как это имело место у нас в случае 105 (стр. 262).

Наконец лоскут пересажен и пришит к воспринимающей почве. Необходимо зафиксировать это положение. Мы уже в течение нескольких лет пользуемся способом фиксации головы, пришивая мочку уха на несколько дней к коже надключичной ямки¹. Подробнее это описано в случае 102. На рис. 497 показаны детали этого приема. Мы не пользуемся поэтому крахмальными или

¹ Способ этот предложен нашей бывшей помощницей С. Х. Чефрановой.

гипсовыми бинтами для фиксации головы, не говоря уже о сложных кожных аппаратах.

Мы считаем ошибочным помещать в лоскуты на филатовском стебле кость или хрящ для целей ринопластики.

Подробности об этом приведены ниже.

Филатовский стебель переживает сейчас пору своей юности. Восстановительная хирургия приобрела в нем чрезвычайно ценный метод, открывающий большие перспективы в области переноса не только тканей, но и органов.

АНЕСТЕЗИЯ

Выбор способа обезболивания в восстановительной хирургии играет чрезвычайно большую роль—хорошая анестезия наполовину облегчает операцию.

С другой стороны, обезболивающий раствор не должен повреждать тех тканей, с которыми он соприкасается. Длинные лоскуты кожи, судьба которых зависит от достаточного собственного кровоснабжения и состояния воспринимающей почвы, не относятся безразлично к впрыскиванию больших количеств анестезирующих растворов.

Наилучшим способом обезболивания для восстановительных операций на лице безусловно будут те способы, где лоскуты, трансплантаты и воспринимающая почва не соприкасаются непосредственно с анестезирующим веществом. Поэтому в наиболее ответственные моменты восстановительных операций, когда питание лоскутов должно быть ограждено от вторичных неблагоприятных моментов, мы прибегаем по вышевысказанным соображениям, а также из желания убрать маску с лица, к общему эфирно-масляному наркозу, через прямую кишку по Гватмею (Gwathmey), как наиболее простому, доступному в любых условиях способу. Narcilen нам не был доступен. Внутривенный эфирный и гедоналовый наркозы нам казались более сложными, чем способ Гватмея, и поэтому мы к ним не прибегали.

Уже много лет мы совершенно оставили добавление к анестезирующим веществам адреналина после нескольких случаев заведомой гибели кожных лоскутов вследствие применения последнего.

И все-таки большинство операций мы производим под местной анестезией в широком смысле этого слова. Тут и инфильтрационная анестезия, и блокада целых областей при помощи пограничных новокаиновых барьеров, и наконец впрыскивание в нервные узлы (*ganglion Gasseri*) или мандибулярная анестезия.

Выбор анестезии зависит от размеров лоскута и калибра подходящих к нему сосудов. Длинный лобный лоскут для индийской ринопластики подвергается большей опасности омертвления при местной анестезии, и совершенно безболезненно переносят впрыскивание новокаина щечные лоскуты, богато снабженные сосудами.

При составлении плана восстановления необходимо также разработать способ обезболивания. Мы выработали следующий метод.

Основные решающие моменты восстановления производятся под общим наркозом, все остальное—под местной анестезией. Желательно при общем наркозе не пользоваться при обезболивании маской на лице. В тех исключительных случаях, когда нельзя дать наркоз через прямую кишку, мы прибегаем к интратрахеальной инсуффляции, пользуясь для этого резиновым катетером, введенным в трахею через нос. Этот катетер соединяется с аппаратом Брауна (Braun) или бобровским аппаратом, в последнем—с извращенным током воздуха.

Техника эфирно-масляного наркоза через прямую кишку по Гватмею принята у нас следующая.

Раствор для наркоза состоит из двух частей эфира для наркоза и одной части какого-либо растительного масла, *ol. provinciale* например. Ингредиенты берутся в весовых частях.

Для наркоза количество смеси берется из расчета 2,5 г на 1 кг веса больного.

Подготовка больного заключается в следующем. Накануне, днем больной получает касторку и затем лишь жидкую пищу; вечером перед отходом ко сну — очистительная клизма; рано утром в день операции — мыльная клизма и через час — вторая из теплой воды. Через час после этой клизмы можно приступить к наркозу.

За полчаса до начала наркоза под кожу впрыскивается 2,0 1% раствора морфия.

Самый наркоз производится так. Больного укладывают в кровати на левый бок; область анального отверстия смазывают вазелином. В прямую кишку вводят резиновую трубку или толстый нелатоневский катетер на глубину 15—17 см, наружный конец которого снабжен зажимом Мора. Порцию наркотической смеси делят на две равных части и вводят поочередно с промежутками 15—20 минут.

Смесь впрыскивают при помощи обыкновенного резинового балона или 200-граммового урологического шприца. После введения смеси наружный конец катетера закрывают зажимом для предупреждения обратного вытекания раствора. Затем больного укладывают на спину, ноги его плотно приводятся одна к другой, и он тепло укрывается. Лицо плотно покрывают влажными, хорошо отжатыми, во много раз сложенными полотенцами. Иногда в первый момент после введения раствора появляется позыв на низ. Больного надо об этом предупредить заранее. Минут через 15—20 вводят вторую порцию смеси. Трубку оставляют в прямой кишке. Иногда наступает в легкой степени возбуждение, скоро проходящее. Минут через 40—50 больной хорошо спит и можно начинать операцию. Редко, у крепких субъектов, для получения полного наркоза бывает необходимо добавить несколько вдыханий эфира.

Ровный спокойный сон и отсутствие маски на лице создают прекрасные условия для оперирования:

Иногда во время операции возможно легкое пробуждение. Для таких случаев у хирурга на инструментальном столе имеется стерильная маска и такая же капельница. Рану прикрывают марлей, операция на несколько минут прерывается; больному дают несколько вдыханий эфира и он быстро вновь легко засыпает.

Как и при всяком другом наркозе, необходимо конечно следить за дыханием и пульсом. Слюна и кровь, стекающие в рот, отсасываются насосом — водоструйным или каким-либо другим.

По окончании операции в прямую кишку вводят рядом с первой трубкой вторую, несколько большую по диаметру. Конец этой длинной трубки опускается в таз, стоящий на полу. Через катетер, соединенный с кружкой Эсмарха, в прямую кишку вводится вода комнатной температуры. Вода, омывая прямую кишку, осаждает пары эфира и выносит их вместе с маслом через вторую трубку наружу. 10—15 литров воды достаточно для того, чтобы удалить

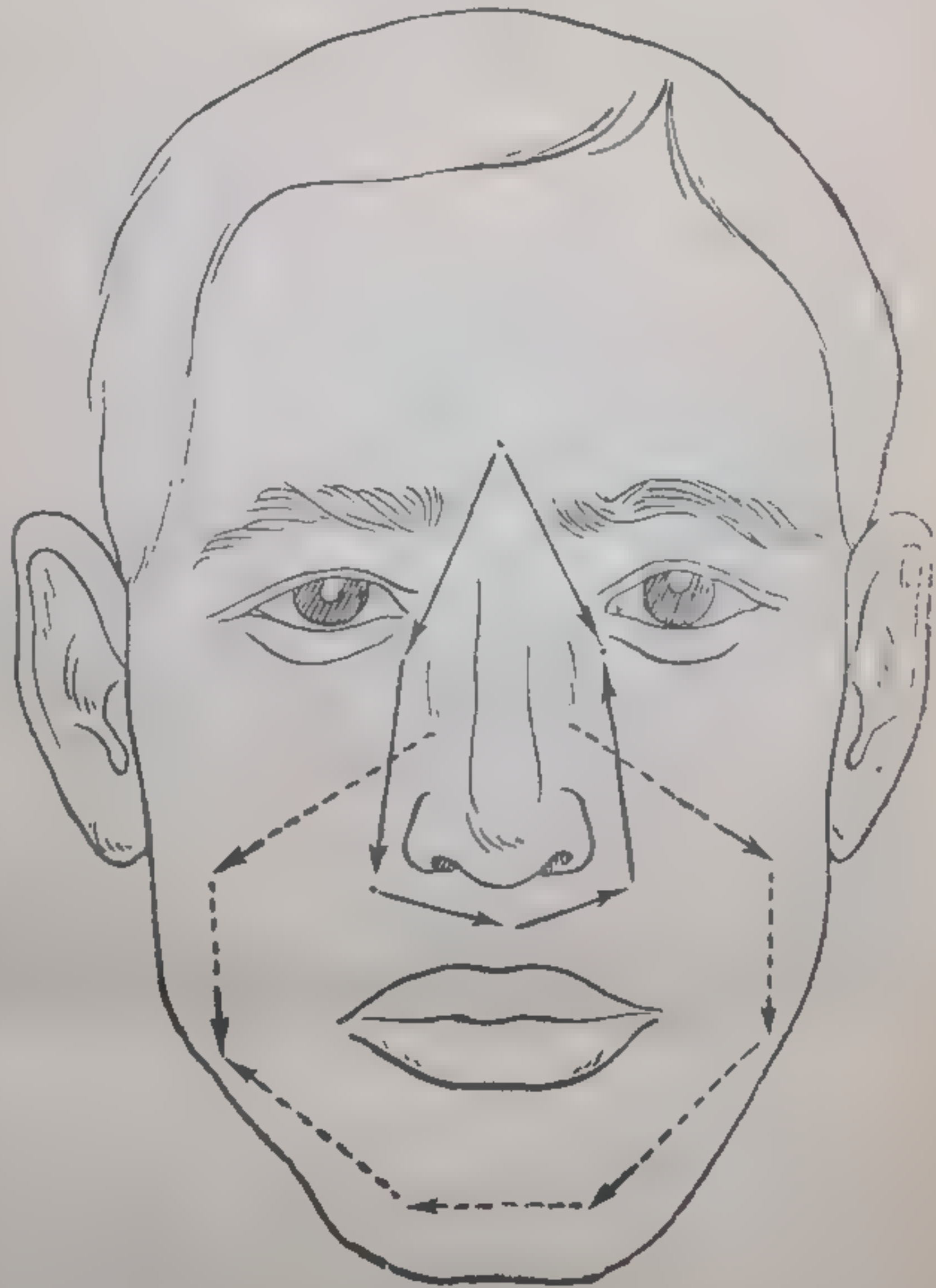


Рис. 2

остатки смеси. По окончании этой манипуляции в прямую кишку вводится 100—150 г растительного масла, которое там остается. Трубка удаляется. Вся эта процедура производится обычно в палате обученным средним персоналом.

Больной после этого спит еще два-три часа.

На несколько десятков наркозов, произведенных у нас, мы не имели никаких осложнений, описанных некоторыми авторами, в виде кровавых поносов или угрожающих вздутий кишечника. Возраст больных колебался от 6 до 60 лет.

Что касается местной анестезии, то она во всех разновидностях является главным видом обезболивания при восстановительных операциях на лице. Для этой цели мы пользуемся полупроцентным раствором новокаина. Прибавление адреналина нами совершенно оставлено по соображениям, высказанным выше.

При операциях на мягких тканях лица местная анестезия производится в виде блокирующей данную область полосы. На рис. 2 стрелками показана полоса блокады для операции в области носа и ротового отверстия.



Рис. 3

Для обезболивания например нижней губы линия анестезии идет следующим образом: симметрично справа и слева от углов рта, кзади до уровня середины рамы нижней челюсти, отсюда вертикально вниз и обходя подбородок снизу,—правая и левая половины сходятся по средней линии. Вся область, ограниченная этой полосой, нечувствительна.

Центральную блокаду ветвей *n. trigemini* не стоит делать, так как почти все эти операции заходят на противоположную сторону; поэтому необходимо было бы производить центральные впрыскивания с двух сторон, что не имеет большого смысла.

Только при операциях на челюстях, особенно на нижней, мы прибегаем к анестезии *n. mandibularis*, иногда двусторонней, если это необходимо. Для этого мы пользуемся техникой Брауна, которая заключается в следующем.

Если через открытый рот ощупать восходящую ветвь нижней челюсти, то легко обнаружить на $1\frac{1}{2}$ см латеральнее от 3-го моляра передний острый край *proc. coronoideus*. Медиально от этого края лежит маленькая треугольная костная плоскость, покрытая слизистой, которая открыта кпереди изнутри и с медиального края ограничена еще одним костным кантом. Браун называет эту площадку *trigonum retromolare*.

Точка вкола лежит в центре этого треугольника, примерно на 1 см выше и настолько же сбоку от жевательной поверхности нижних зубов.

С широко раскрытым ртом больной сидит перед хирургом. Указательным пальцем входят в рот и нащупывают передний край *proc. coronoideus* и упомянутый *trigonum retromolare*. Вкалывают длинную иглу в центр названного треугольника, т. е. на 1 см выше и сбоку от жевательной поверхности последнего моляра в направлении 45° к внутренней поверхности нижней челюсти и параллельно к жевательной поверхности зубов. Сейчас же под слизистой должна быть встречена кость, в противном случае направление иглы взято неправильно. Игла продвигается по кости на глубину 2,5—3 см. При этом непрерывно разбрасывается 2% раствор новокаина в количестве 5 см³. Через 10—12 минут наступает нечувствительность в области *n. alveolaris inf.* и *n. lingualis*. Мягкие ткани инфильтрируются добавочно в области предполагаемой операции (рис. 3).

ИНСТРУМЕНТАРИЙ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ШВА

В каком-либо особом инструментарии для восстановительных операций на лице нет никакой надобности. Обычных хирургических инструментов и некоторых глазных, как например катарактального ножа, фиксационных пинцетов, глазных режущих игл и т. д., бывает достаточно для любой восстановительной операции (мы не касаемся здесь интраназальных операций по Иозефу).

Материалом для шва служат обычно кетгут—для погружных швов и конский волос—для швов на кожу. Шелк имеет ограниченное применение лишь для удержания лоскутов по линиям наибольшего натяжения.

Конский волос обрабатывается следующим образом. Вымытый теплой водой и мылом и сложенный в небольшие пачки, конский волос в течение недели оставляют в мыльном растворе, ежедневно сменяемом. Затем волос кипятят в растворе сулемы 1 : 2 000 в течение 15 минут, высушивают и в таком виде он хранится.

Перед употреблением потребное количество волоса кипятят в стерилизаторе вместе с инструментами, и волос готов к употреблению. Волос всучивается в иглу так, как это делается при обычной бытовой игле.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ БОЛЬНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ. АСЕПТИКА

За несколько дней до операции больной получает ежедневно мыльную ванну или душ. Санируется полость рта. В день операции утром больной получает клизму и ванну. Сбривают волосы. Если операция производится под общим наркозом, то с вечера накануне операции больной переводится на жидкую пищу.

Восстановительные операции требуют тщательной асептики. Большинство операций мы производим в резиновых перчатках.

Операционное поле готовится двукратным вытиранием бензином и последующей обработкой спиртом. Употребление йода нами оставлено вследствие его раздражающих свойств.

ОПЕРАЦИЯ

Все восстановительные операции можно разделить на операции: подготовительные, основные и оформляющие.

Возьмем для примера случай разрушения верхушки носа с заращением носовых ходов. Операцию решено произвести по индийскому методу. Подготовительная операция—пересадка хряща под кожу носа для носового остова и расширение носовых ходов при помощи вкладки Эссера. Основная операция—образование верхушки носа—выстилка и остов при помощи опрокидывающегося лоскута, наружное покрытие со лба. Оформляющая операция—исправление рубцов и моделирование крыльев и верхушки.

Всякая операция начинается с образования выстилки, которая двумя или тремя временными швами фиксируется в том положении, которое она займет впоследствии. Затем образуется наружное покрытие—выкраиваются лоскуты и примеряется их расположение. В соответствии с полученным результатом или производится окончательный шов тканей или удлиняется ножка лоскута.

Только тогда, когда все входящие в операцию элементы выкроены, намечено их положение при помощи временных швов, намечены анатомические точки, приступают к окончательному зашиванию всех слоев раны.

Шов раны представляет очень важную часть операции и занимает большую часть времени. От того или иного созданного швами положения лоскута зависит последующий функциональный и косметический результат. Натяжение того или иного края лоскута часто помогает получить правильное положение

анатомического пункта. Поэтому следует много раз проверить положение лоскута прежде, чем пришить его окончательно.

Зашивание раны начинается с выстилки и для этого употребляется кетгут. Затем кетгутом сшивают промежуточные ткани. Эти швы должны принять на себя все натяжение лоскутов и освободить от него кожные швы.

Тщательное сшивание жировой клетчатки противоположных краев раны способствует образованию незаметных рубцов. На кожу накладываются швы из конского волоса, причем нужно следить за самой тщательной адаптацией краев. Чтобы получить незаметный рубец, края освежают лучше всего при помощи лезвия безопасной бритвы наискосок, параллельно один другому, или накладывают матрасные или полуматрасные швы. Первые выворачивают оба края, вторые подводят их один под другой.

Во время операции следует несколько раз смыть физиологическим раствором кровь с кожи, особенно при окончательном зашивании лоскутов наружного покрытия. Делается это для того, чтобы иметь представление о правильном расположении данного участка к остальным линиям лица.

Рана зашита. Лоскуты в некоторых направлениях испытывают напряжение. Чтобы обезопасить швы от прорезывания, накладывается в этом направлении расслабляющий «пуговичный» шов. Завязав концы нитей над перламутровыми пуговицами, уменьшают натяжение в краях раны.

Операция закончена. Линии шва смазываются йодом. Область операции оставляется открытой без повязки, если нет открытой раневой поверхности.

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

На третий-четвертый день после операции дважды в день производятся водой обильные теплые приращения лица из высоко подвешенной кружки Эсмарха. На пятый-шестой день снимаются кожные швы, но некоторые швы могут быть оставлены и удалены позже, если имеется натяжение. Пуговичный шов удаляется на восьмой день, а в случае легкого нагноения—еще позже, так как он удерживает лоскуты от преждевременного расхождения.

Редко когда удастся закончить восстановление и сделать все за один раз.

Почти всегда приходится через некоторое время производить поправки косметического порядка. Но следует помнить, что лучше несколько операций, чем одна и омертвление лоскута.

Итак: не слишком много за один раз, чрезвычайно бережливое отношение к тканям и тщательная асептика!

ВДАВЛЕННЫЕ РУБЦЫ И ОЖОГИ ЛИЦА

Исправление вдавленных рубцов представляет наиболее простой вид восстановительных операций. Спаянные с костью рубцы безобразят лицо и иногда своим натяжением деформируют положение той или иной части лица, оттягивают угол рта, создают эктропион века, свободного края губы и т. д.

При отсутствии большой потери окружающих тканей простого иссечения рубца и мобилизации по соседству жира, которым подставляется будущая линия шва, обычно достаточно для того, чтобы вполне удовлетворительно исправить обезображивание. При большой потере тканей, особенно сопровождающейся разрушением подкожной клетчатки, и при отсутствии таковой поблизости, простого иссечения рубца уже недостаточно, и тогда приходится прибегать к свободной трансплантации жира или хряща.

Пересадка жира, предложенная Лексером, требует тщательной техники. в противном случае жировой лоскут сморщивается и превращается в рубец. Лексер следующим образом описывает технику взятия жира. Так как жировые трансплантаты имеют склонность немного сморщиваться, их следует брать несколько больших размеров, чем это требуется в каждом данном случае. Трансплантаты берутся или из брюшной стенки или с передне-боковой поверхности бедра. Трансплантат следует оберегать от всяких механических и химических повреждений, а также от высыхания.

При помощи большого ножа делается продольный разрез через кожу до жира. Кожная рана широко растягивается крючками, при этом натягивается внутренняя поверхность кожи. Этим самым ножом входят параллельно плоскости кожи в глубину и под нее и освобождают кожу от жира (рис. 4). Такое же

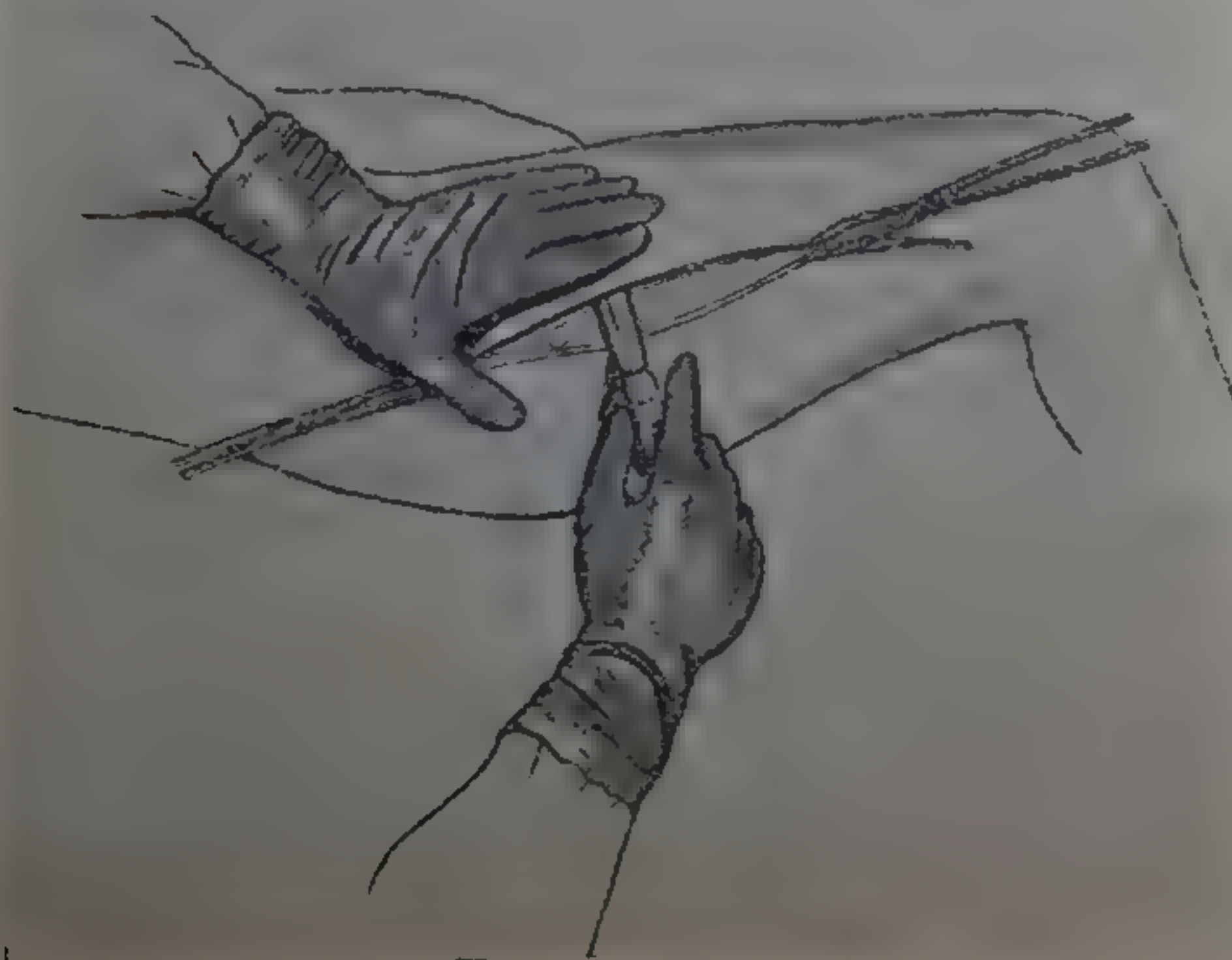


Рис. 4

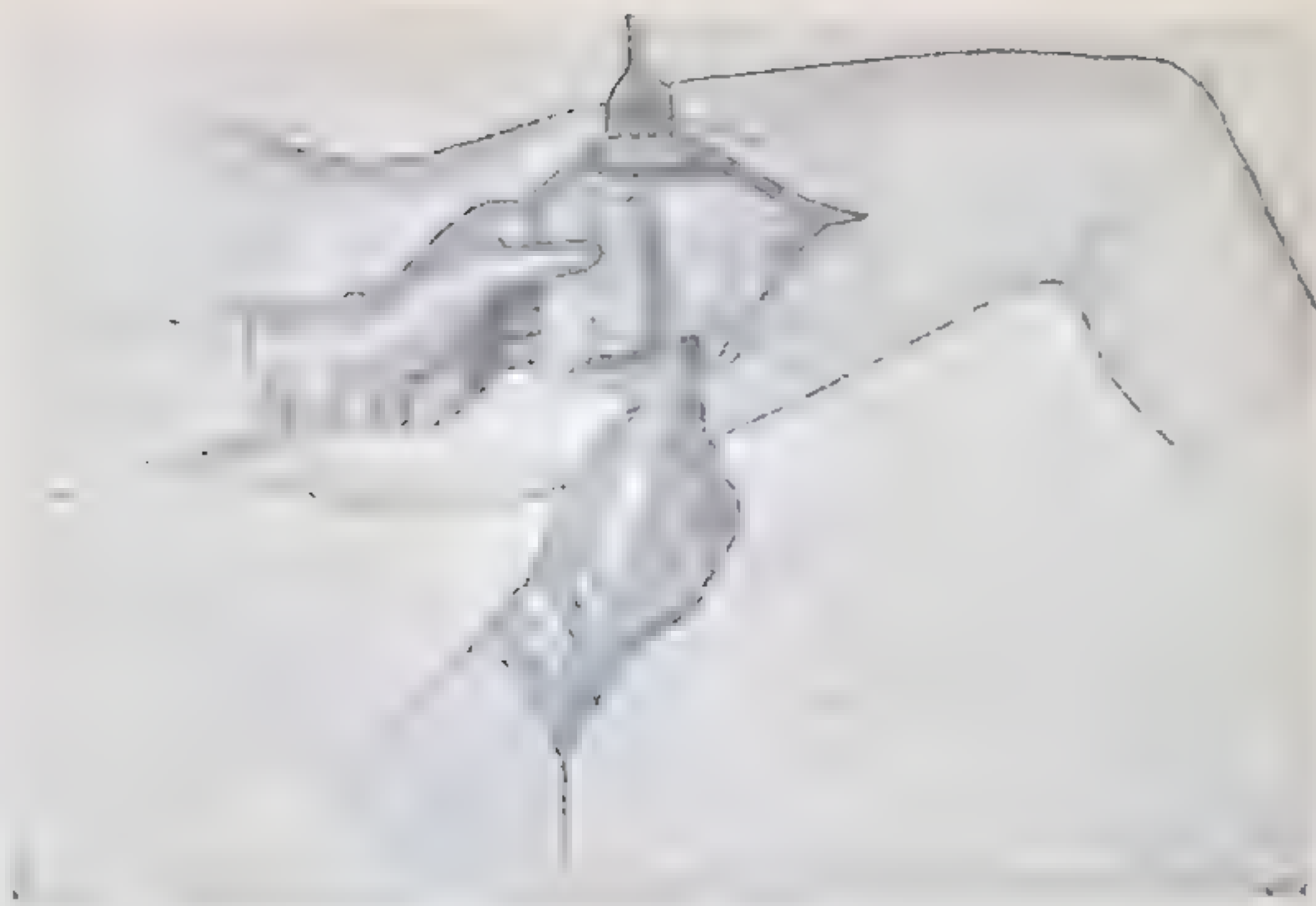


Рис. 5

самое движение повторяют и на противоположной стороне раны. Края кожной раны растягивают крючками. Жир лежит обнаженным на широкой фасции. Затем, наметив границы необходимой величины лоскута и покрыв его влажным соевым компрессом, отделяют от фасции острым ножом (рис. 5). Трансплантат переносят в приготовленное ложе, оберегая его от всяческой травмы. Кожу над ним тщательно зашивают наглухо конским волосом тонкими иглами. Рана на бедре после остановки кровотечения зашивается шелком.

Лексер утверждает, что при правильной технике — и мы это можем подтвердить — лоскуты жира прекрасно приживаются. Рубцовое сморщивание лоскута и неудача целиком относятся к способу пересадки и характеру воспринимающей полости.

Плохо остановленное кровотечение и инфекция бывают по большей части причиной неудачи.

Описываемые ниже случаи служат хорошей иллюстрацией к изложенному.

Случай 1



Рис. 6



Рис. 7

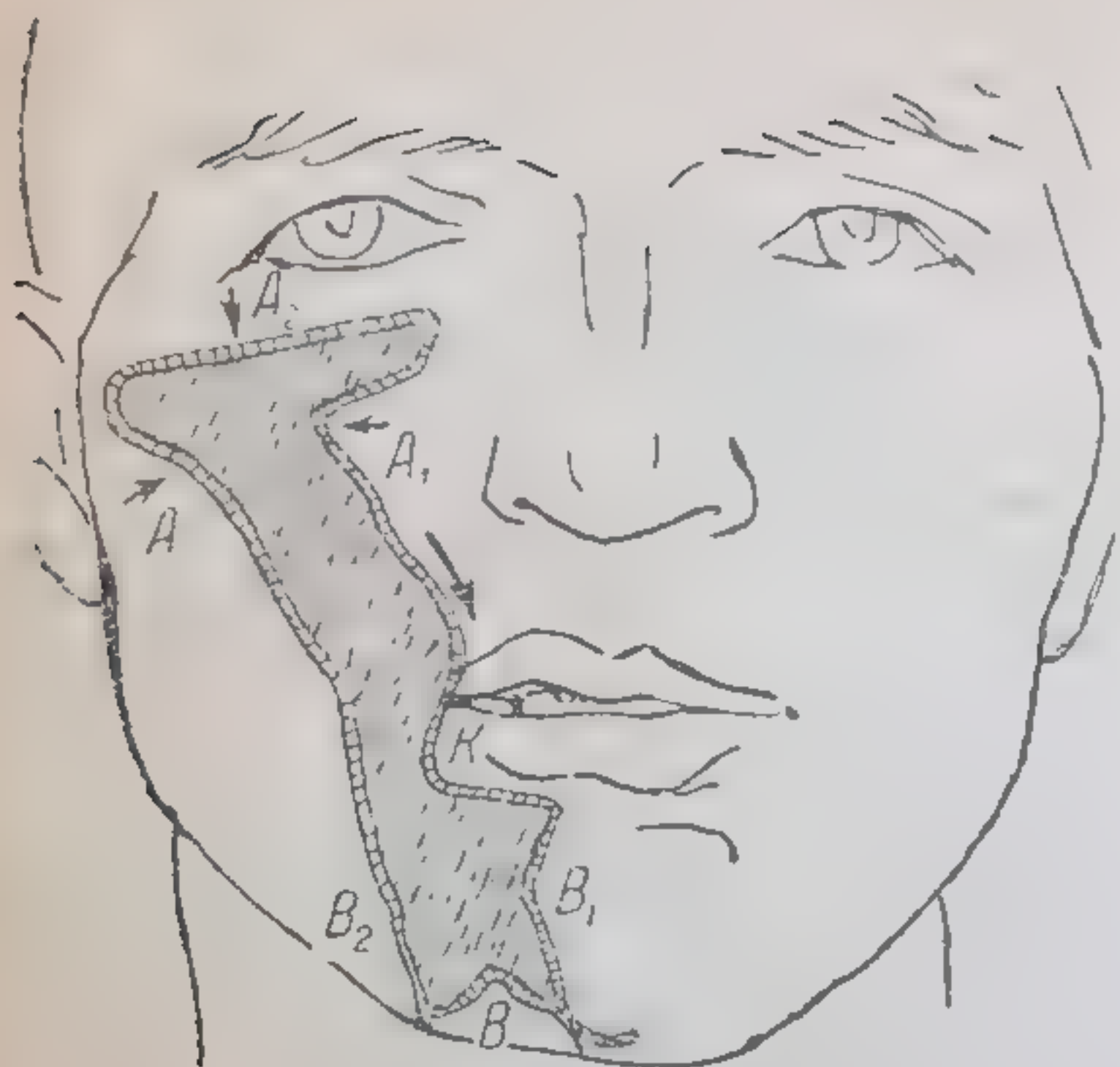


Рис. 8



Рис. 9

Больной рабочий литейщик, 24 лет. Получил в двенадцатилетнем возрасте повреждение лица крылом ветряной мельницы. Остался глубокий, вдавленный, спаянный с костью рубец, идущий от правой скуловой кости к правому углу

рта, который подтянут рубцом слегка кнаружи вверх. Больше всего больного тяготит непрерывное, произвольное подергивание мышц правой половины лица.

Больной считает причиной подергивания рубец в области крыла носа, откуда идут постоянные импульсы. На рис. 6 вид больного при поступлении на излечение.

Мы охотно согласились с объяснением пациента.

Можно предположить, что мы имеем ущемление веточки *n. facialis* где-либо в рубце.

План операции простой: иссечь рубец, подложить жир и зашить тщательно рану в два этажа.

19 июля 1926 г. операция. Местная анестезия. Рубец тщательно иссекается вдоль всех его извилин. Края кожной раны подрезаны на всем протяжении.

На рис. 8 дана схема образовавшейся раневой поверхности. Под наружным краем раны образован широкий, жировой лоскут на всем протяжении раны (рис. 9 и 10)¹. Этот лоскут подставлен кетгутом под медиальный край. Таким образом для кожной линии шва создана мягкая подкладка. Кожная рана тщательно зашита конским волосом.

На рис. 11 схема зашитой раны. Стрелки (рис. 8) показывают направление, которое было дано лоскутам при зашивании. Благодаря этому удалось расположить нормально правый угол рта.

На рис. 7 результат операции.

¹ По Джильсу.

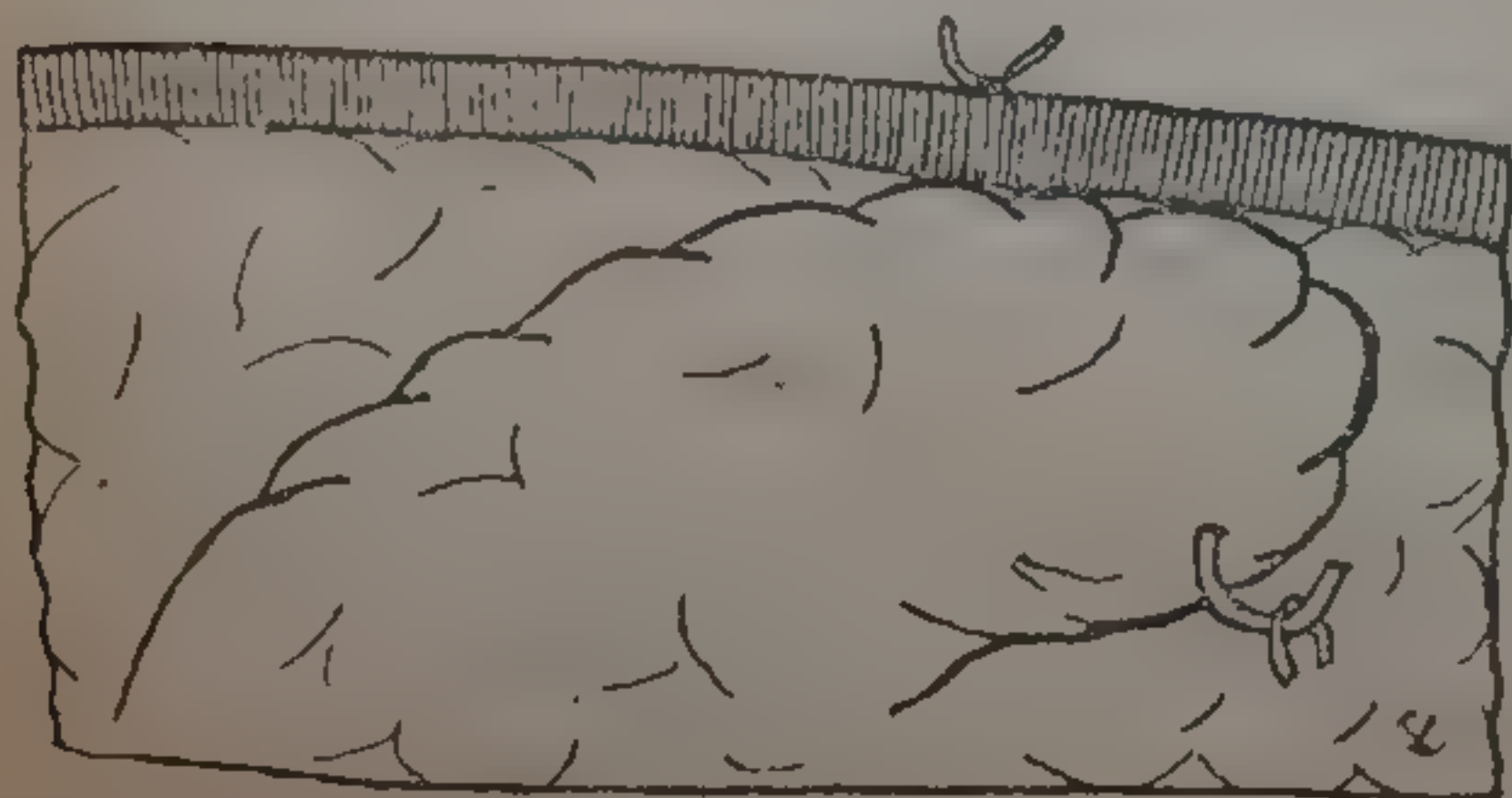


Рис. 10

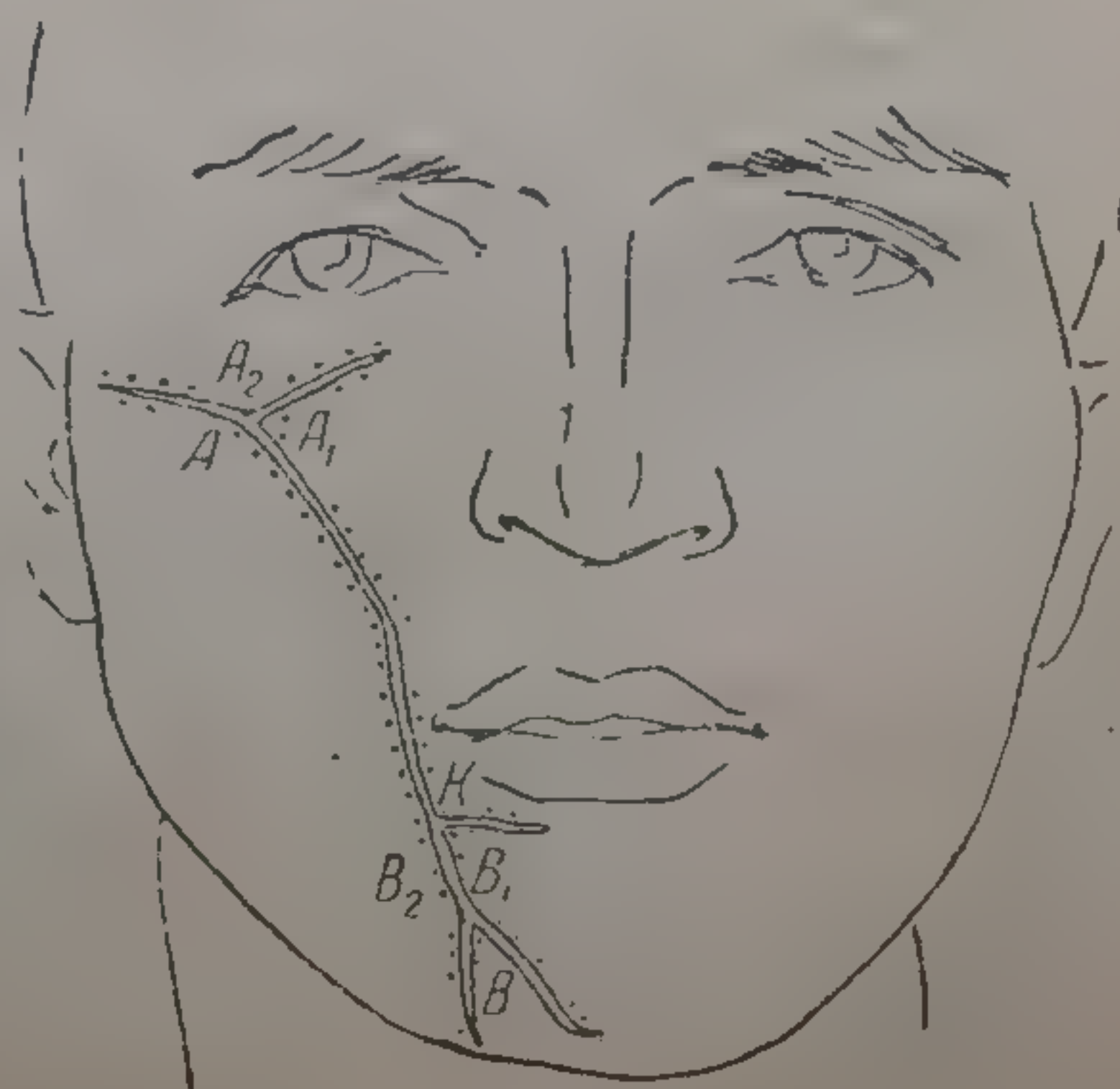


Рис. 11

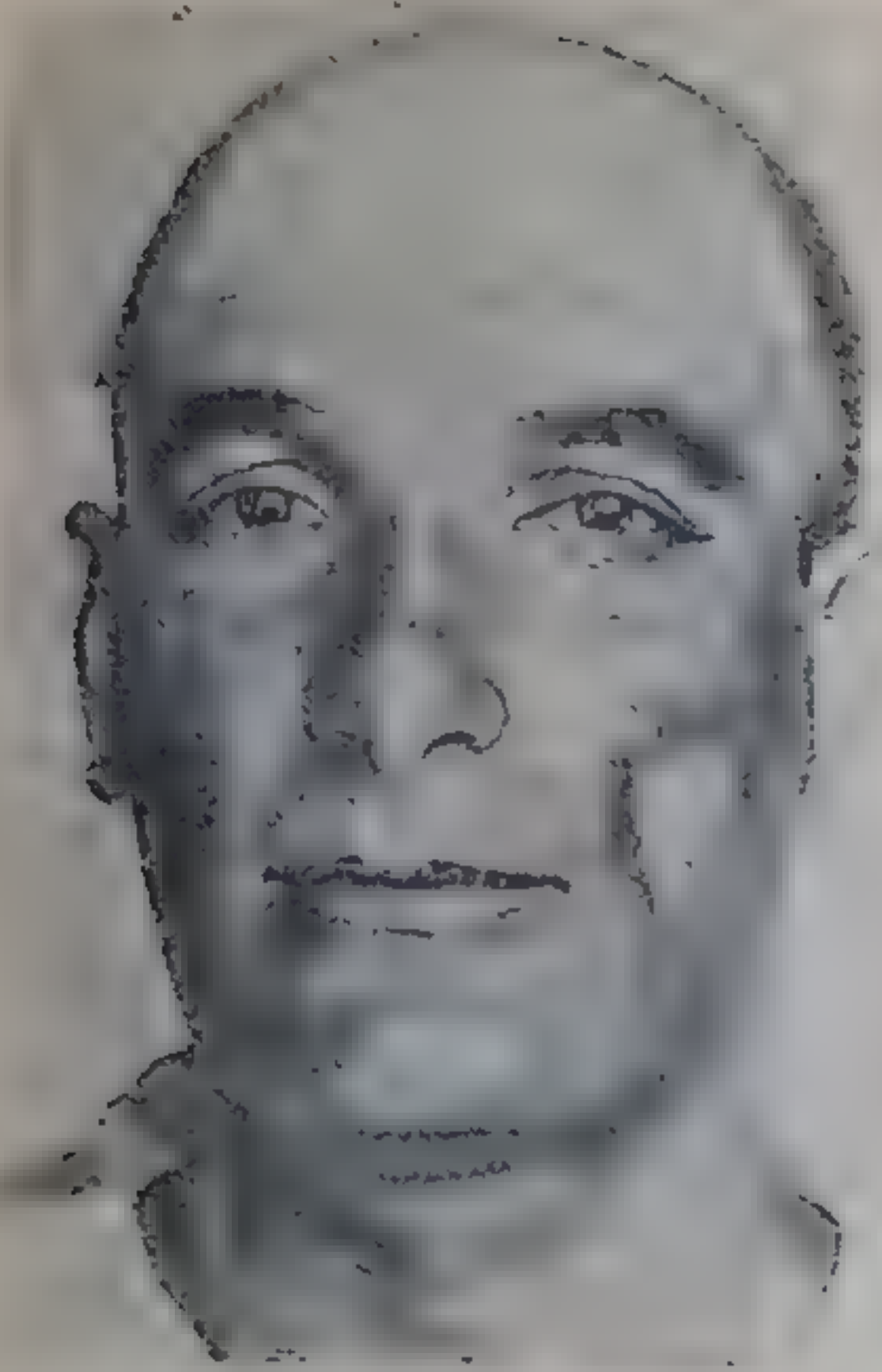


Рис. 12



Рис. 13

Больной К., 28 лет, бухгалтер. Много лет назад перенес тяжелый периостит верхней челюсти. Гнойник прорвался самостоятельно наружу. Остался вдавленный рубец левой щеки.

На рис. 12 вид больного при поступлении в отделение.

5 ноября 1929 г. операция. Местная анестезия. Иссечен рубец двумя овальными разрезами. Линия разреза параллельна назо-лабиальной линии щеки.

По соседству с краями раны местно мобилизован жир в виде двух встречных лоскутов. Лоскуты жира сшиты один с другим кетгутом. Края кожи, освеженные наискосок, параллельно друг другу, сшиты конским волосом. Жировая подушка умышленно образована несколько больше, чем это необходимо для полной симметрии щек, имея в виду последующее уменьшение жировых лоскутов.

На рис. 13 результат операции через полгода.

Случай 3

Больной А., тюрк, 28 лет, скотовод. Перенес несколько лет назад сибирскую язву лица в области левой скулы. В результате потери подкожной клетчатки кожа заметно облегает костный остов. Нижнее веко в состоянии lagophthalmus.

На рис. 14 вид больного при поступлении в отделение.

Нам казалось, что, пересадив жир и приподняв нижнее веко, этой подушкой мы уничтожим lagophthalmus и одновременно исправим контур скуловой области.

Операция. Местная анестезия. Продольным разрезом на уровне нижнего края глазницы отслоено нижнее веко вверх. Кожа всей скуловой области мирирована. Затем взят жировой трансплантат с передней поверхности левого бедра и пересажен в образованную нишу.

На рис. 16 заштрихована область, выполненная жировым трансплантатом.

На рис. 15 результат операции через три месяца.

Lagophthalmus несколько улучшился. Контур скуловой области улучшился значительно.



Рис. 14



Рис. 15

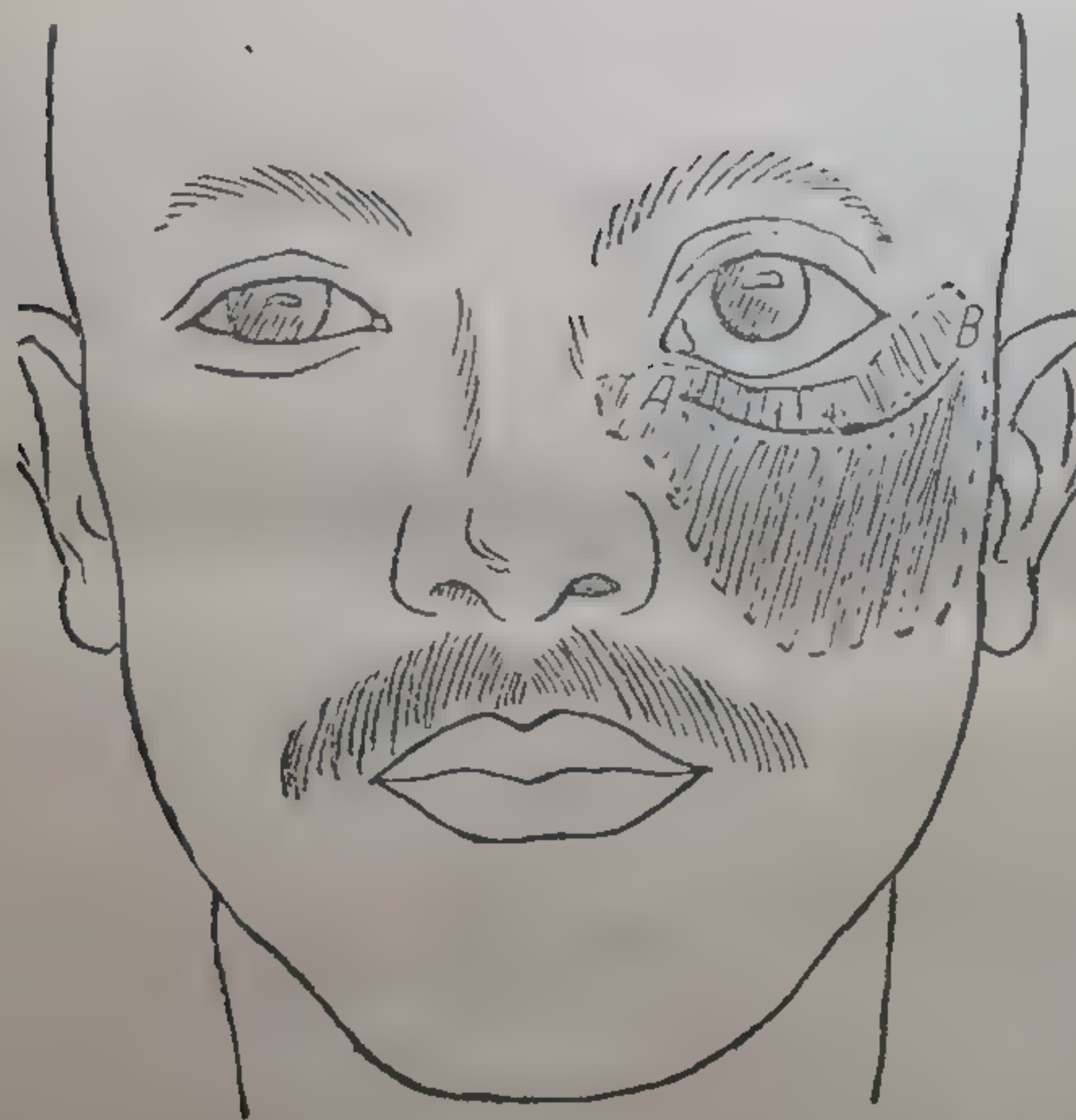


Рис. 16

Случай 4

Больная Н., домашняя хозяйка, 24 лет. В 1923 г. по поводу люстического разрушения носа была оперирована повидимому по способу Кенига (König) или Лексера. Во всяком случае ясно, что был взят лобный лоскут вместе с костно-надкостничным суппортом, вырубленным в лобной кости.

Сolumella была образована по способу Лексера из слизистой задней поверхности верхней губы. На рис. 17 вид больной при поступлении в отделение.

По средней линии на лбу, от переносья к волосистой части, идет глубокий рубец, спаянный с канавкой в кости. Поверхность носового моста изборозждена



Рис. 17



Рис. 18

рубцами. Правое крыло разрушено. Columella в виде яркочерного пятнышка притягивает верхушку носа.

Этот случай как нельзя лучше показывает неуместность всех способов, где для носового суппорта, вырезаются костно-надкостничные пластинки, а также недопустимость выкраивания лоскутов, пересекающих лоб в вертикальном направлении. Имеющаяся columella не менее красноречиво говорит также не в пользу способа Лексера.

Пациентка просит уничтожить рубец на лбу, создать правое крыло носа и образовать новую носовую перегородку—columella.

20 марта 1928 г. операция. Местная анестезия. Рубец на лбу очерчен и удален в пределах совершенно нормальной кожи. Затем кожа отслоена от кости в обе стороны—почти до лобных бугров. На передней поверхности правого бедра выкроена жировая пластинка, несколько более выпуклая в центре и сходящая на-нет к краям.

Поперечник жирового трансплантата примерно чуть меньше расстояния между лобными буграми. Трансплантат уложен под отслоенную кожу лба, серединой на уровне рубца. Кожная рана на лбу зашита в два этажа. Предварительно края раны срезаны наискосок, параллельно один другому. Наложены погружные швы из кетгута, на кожу—из конского волоса. Рана на бедре зашита узловатыми шелковыми швами. Гладкое послеоперационное течение. Заживление раны первичным натяжением.

5 мая 1928 г. мобилизован остаточек правого крыла носа и вшит в верхушку, где для приема врезана поверхность. Первичное натяжение.

20 ноября 1928 г. освежена поверхность columella и удалена слизистая. Рана покрыта тиршевским трансплантатом.

На рис. 18 результат операции через два года.

Случай 5

Больной К., тюрк, 22 лет, рабочий. Несколько лет назад получил при падении рваную рану лица. После заживления остался спаянный с костью рубец.

На рис. 19 вид больного при поступлении в отделение.

В области правой собачьей ямки звездчатый рубец, центр которого спаян



Рис. 19



Рис. 20

с передней поверхностью верхней челюсти. Правый угол рта подтянут рубцом вверх.

2 августа 1933 г. операция. Местная анестезия. Рубец иссечен повсюду по его отдельным лучам. Кожа вокруг минирована. На передней поверхности левого бедра взят лоскут жира и пересажен на щеку в приготовленное для него ложе. Рана на щеке зашита наглухо конским волосом, на бедре—шелком. При зашивании раны лица края раны испытывали некоторое натяжение, что и послужило впоследствии причиной неполноценного результата.

Через два дня после удаления швов в центре раны немного разошлись края, и подлежащая часть жира омертвела.

На рис. 20 результат операции через полтора года.

Случай 6

Больной Г., 26 лет, краснофлотец. Несколько лет назад перенес флегмону лица в области нижнего края глазницы. Был сделан разрез, и после заживления осталась вдавленная поверхность в области корня нижнего века и рубец, спаянный с нижним краем глазницы.

На рис. 21 вид этой области с описанным дефектом (снимок сделан с гипсовой маски).

28 июня 1932 г. операция. Местная анестезия. Старый рубец, идущий параллельно краю глазницы, иссечен. Кожа вокруг раны минирована вверх и вниз. В образовавшийся карман пересажен жировой трансплантат, взятый с передней поверхности левого бедра. Рана на лице зашита наглухо конским волосом, на бедре—шелком.

Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение.

На рис. 22 результат операции через полгода. Жировой трансплантат выдается в виде избыточной подушки, свободной от сморщивания. Отмеченное обстоятельство потребовало добавочной операции и удаления избытка жира. При этом обнаружено, что трансплантат полностью сохранил свое жировое строение и свободен от рубцевания.

Добавочная операция создала полную симметрию лица.



Рис. 21



Рис. 22

Иногда вместо жира для исправления вдавленных рубцов можно подложить пластинку хряща, как это было сделано в случае 7.

Случай 7

Больной Ф., 20 лет. Два года назад у пациента была удалена левая верхняя челюсть по поводу саркомы. Протез не исправляет полностью оставшуюся асимметрию лица и западение всей левой щеки (рис. 23).



Рис. 23



Рис. 24



Рис. 25

15 октября 1929 г. операция. Местная анестезия. Разрезом параллельно нижнему краю глазницы кожа, покрывающая запавшую часть щеки, отслоена на всем протяжении. Первоначально мы предполагали заполнить раневой карман жировым трансплантатом, однако подкожная клетчатка оказалась настолько бедной жиром и на бедре и на ягодице, что пришлось отказаться от этой мысли и пересадить под кожу пластинки реберного хряща, предварительно обстругав их так, чтобы они, будучи покрыты кожей, не выдавали своего присутствия на лице. Все зажило первичным натяжением. На рис. 24 результат операции через год.

Когда вдавленный рубец представляет собой не линию, а широкую поверхность, восстановление становится более сложным. Еще более трудную задачу создают обширные плоские рубцы на лице после ожога; они очень часто встречаются в мирное время и в большом количестве наблюдались в минувшую войну как результат разрыва снарядов и поражения огнеметом.

С пластической операцией при рубцах после ожога не следует спешить. Восстановление нужно начинать лишь после того, как эти рубцы пройдут гипертрофическую стадию, для чего необходим срок не менее полугода. Массаж, горное солнце и облучение рентгеном ускоряют процесс.

Восстановление обширных рубцов представляет и другие трудности. Часто например исправление рубцового выворота нижнего века не может быть принято без того, чтобы не уничтожить рубец в области собачьей ямки, так как лоскуты, пересаженные на веко, сползают вниз, следуя тяге рубца, расположенного ниже. Достаточно взглянуть на фотографию (рис. 25) одной из больных, бывшей под нашим наблюдением, чтобы понять, какие иногда почти непреодолимые трудности представляют для восстановления эти повреждения.

Случай 8

Больная Ф., русская, 16 лет. В детстве перенесла «воспаление щеки от зуба», в результате чего у нее образовался обширный сквозной рубец, спаянный с ниж-



Рис. 26



Рис. 27

ней челюстью. Движение нижней челюсти не нарушено. Рубец безобразит лицо, и пациентка желает от него избавиться.

На рис. 26 вид больной при поступлении в отделение.

Составлен, как нам казалось, наиболее простой план операции: приготовить филатовский стебель на груди и перенести на нем лоскут на лицо, на место удаленного рубца.

26 января 1932 г. операция образования филатовского стебля в правой под-

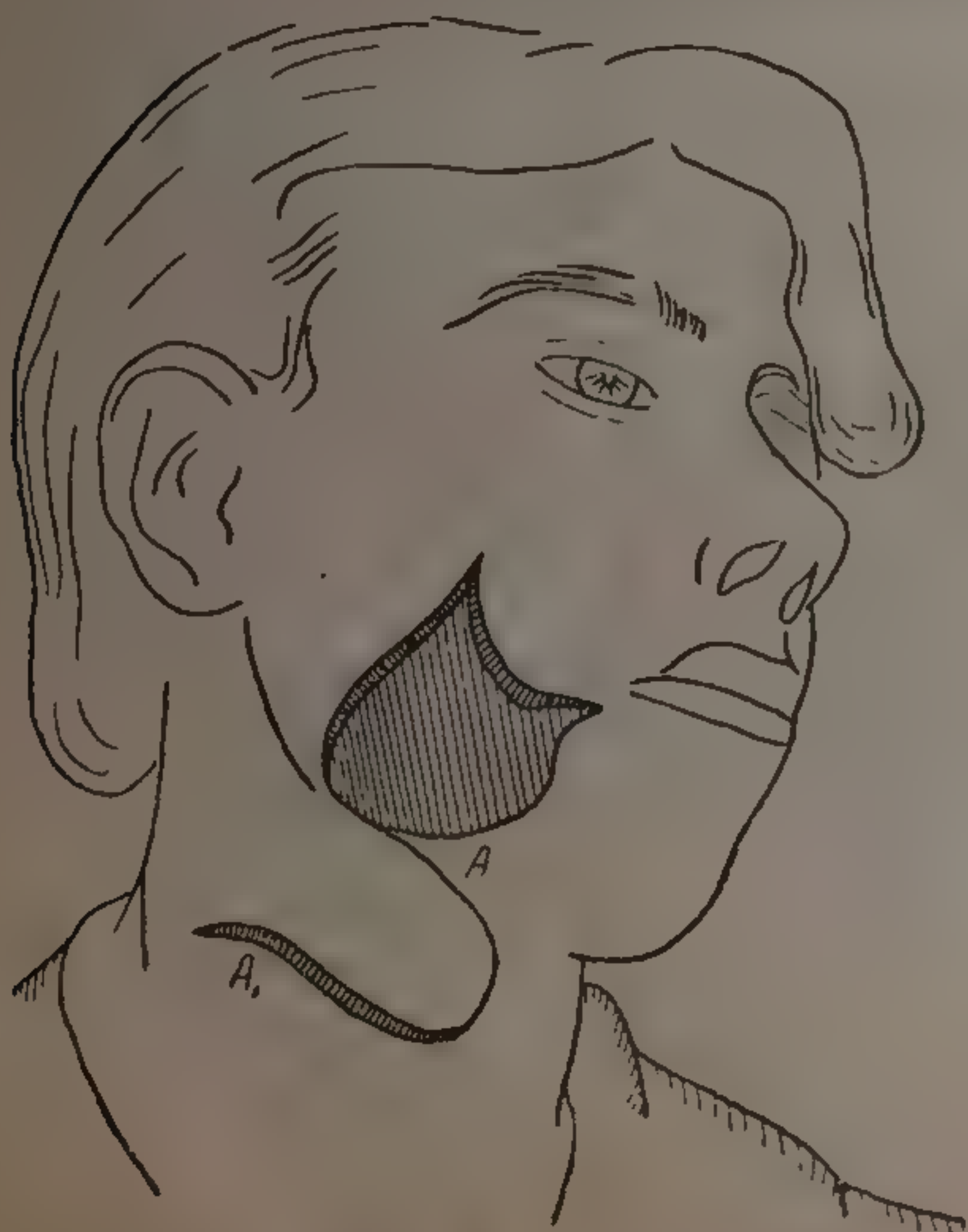


Рис. 28

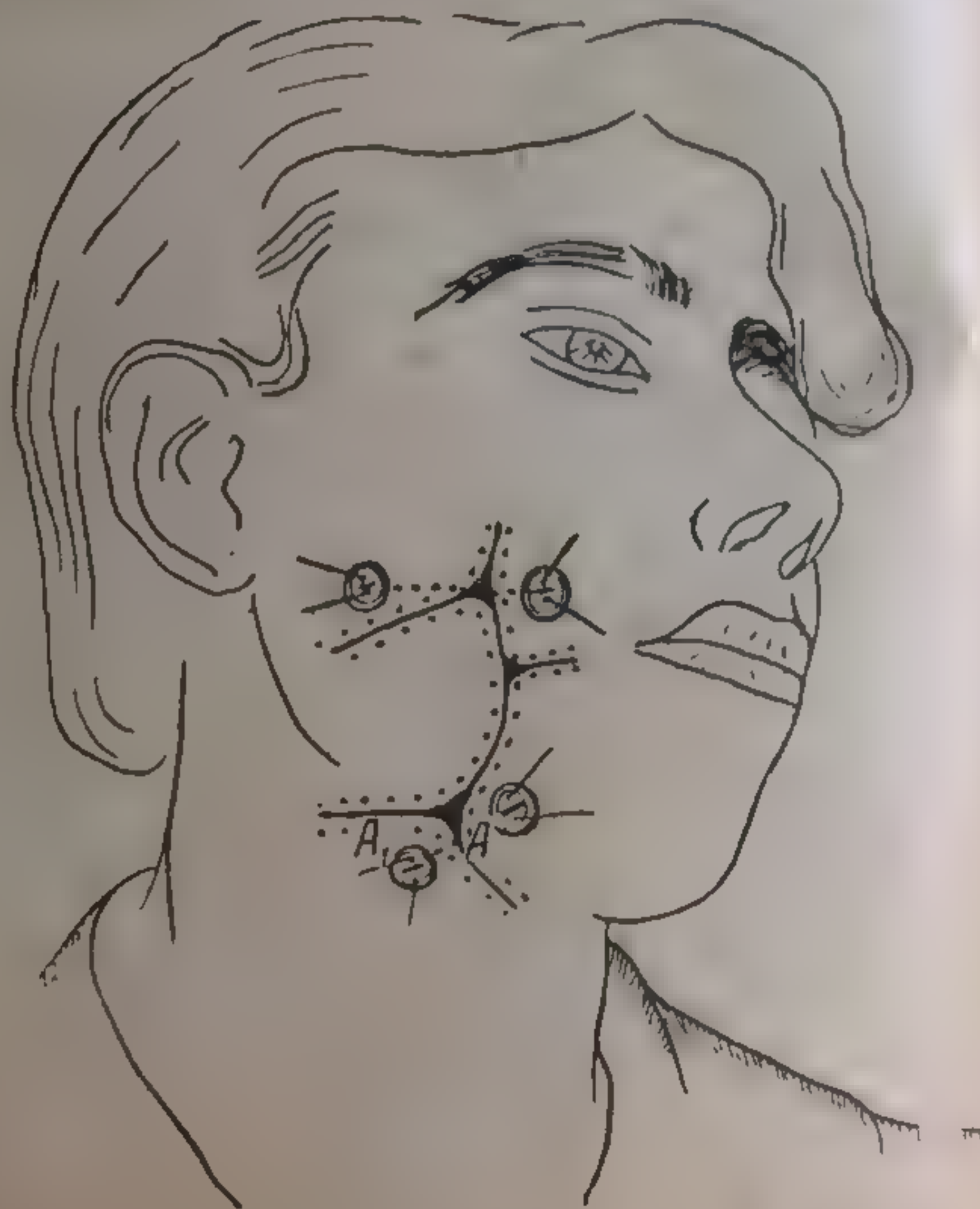


Рис. 29



Рис. 30

ключичной ямке. Один конец стебля—в области головки плеча, другой—вблизи мечевидного отростка грудины. Первичное натяжение на стебле и на груди на месте выкраивания стебля.

17 марта 1932 г. у грудного конца стебля выкроен лоскут и под него подложена свинцовая пластинка. Лоскут возвращен в свое ложе и пришит конским волосом к краям материнской почвы.

Под лоскутом нагноение. Свинцовая пластинка удалена. Сняты частично швы. Рана быстро очистилась настолько, что мы решились произвести перенесение лоскута на лицо, что и было сделано 6 апреля 1932 г., после тщательного иссечения рубца на лице. Лоскут совершенно неожиданно омертвел вместе с частью стебля. Лоскут удален; стебель резецирован у плечевого питающего конца. Рана на лице быстро очистилась и вскоре зарубцевалась; новый рубец не красивее предыдущего и такой же примерно по размерам.

15 ноября 1932 г. под местной анестезией вновь иссечен рубец. Края тщательно отсепарированы. Ниже раневой поверхности и вблизи ее основанием выкроен восходящий лоскут, который закрыл дефект, подшитый к краям в два этажа кетгут-конским волосом.

На рис. 28 и 29 схема операции. По линии наибольшего напряжения—пуговичные швы. Послеоперационное течение гладкое. Все зажило первичным натяжением (рис. 30).

На рис. 27 непосредственный результат операции. Линия шва еще грубовата. Время и маленькие поправки сделают этот рубец совершенно незаметным.

Неудачу с лоскутом на филатовском стебле следует приписать бывшему под лоскутом нагноению.

Случай 9

Больная Ш., 32 лет, больничная сиделка. В детстве перенесла повидному остеомиелит нижней челюсти с флегмоной щеки и последующим обширным некрозом кожи правой половины лица. Пациентка очень тяготится рубцом и почти 20 лет не расстается с черной повязкой вокруг лица.

На рис. 31 вид больной при поступлении в отделение.



Рис. 31

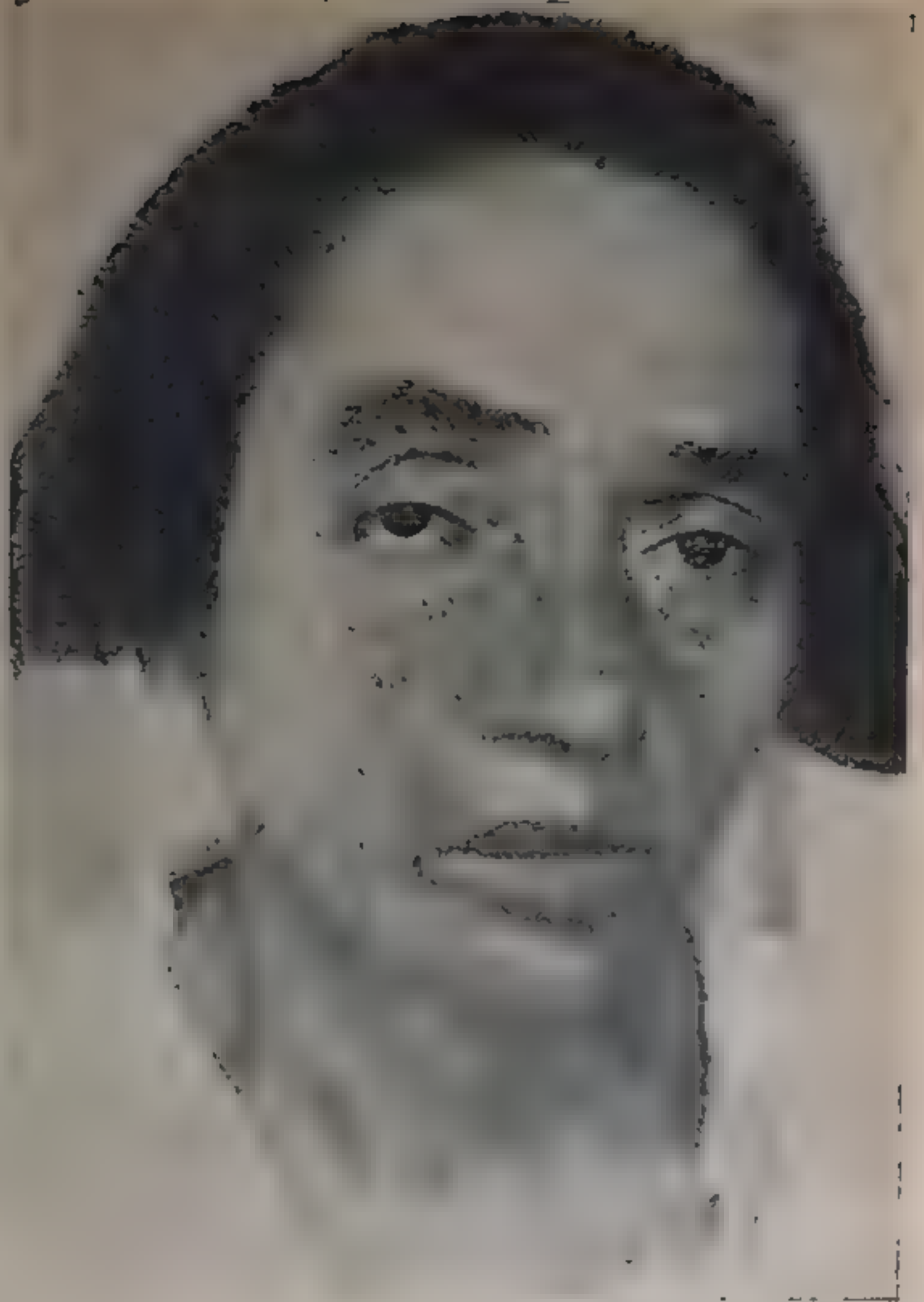


Рис. 32

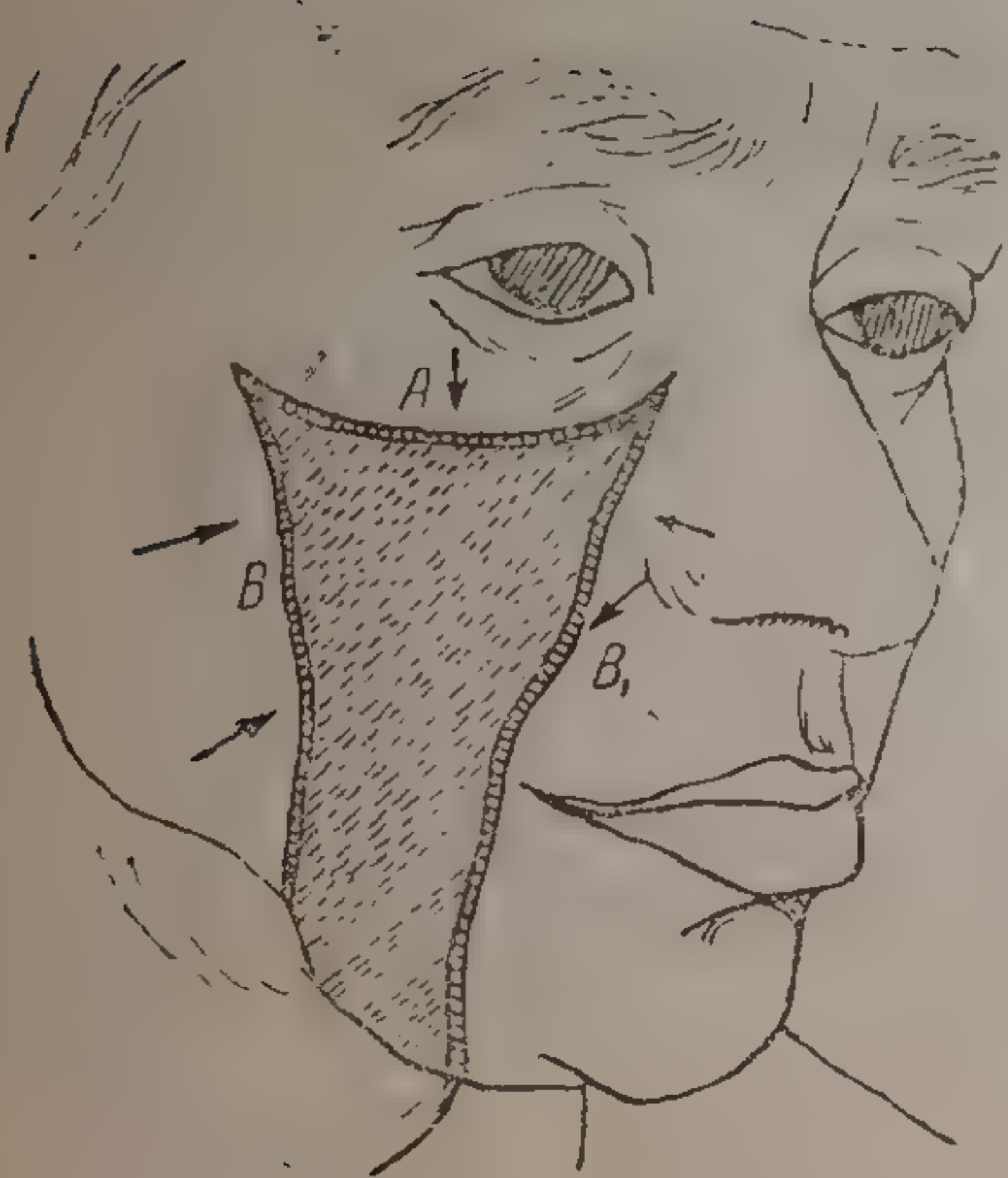


Рис. 33



Рис. 34

Обширный, плоский старый рубец занимает всю правую щеку; внизу он спаян с горизонтальной ветвью нижней челюсти и переходит на шею. Рубец оттягивает кнаружи угол рта. Резкая асимметрия правой половины лица.

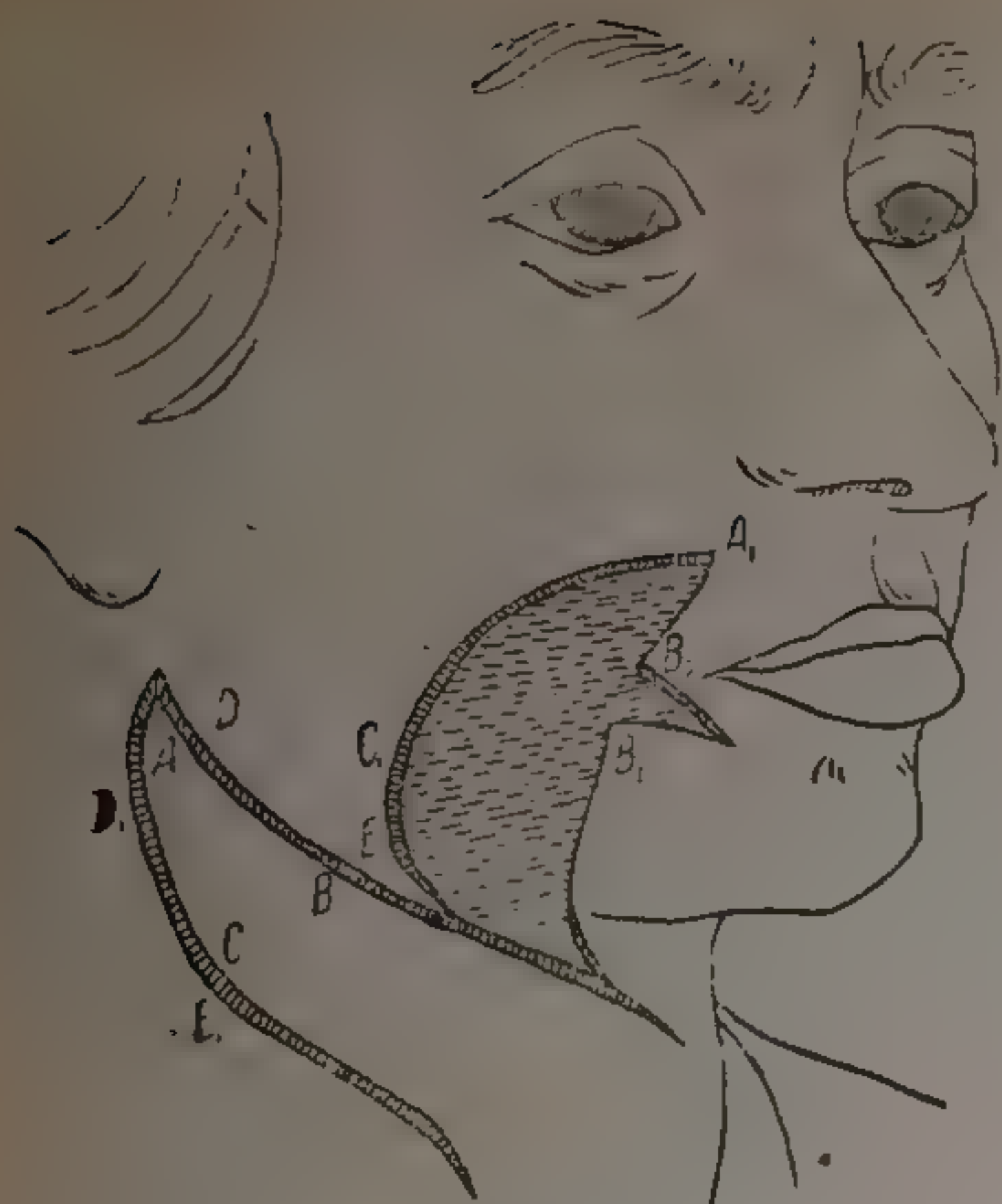


Рис. 35

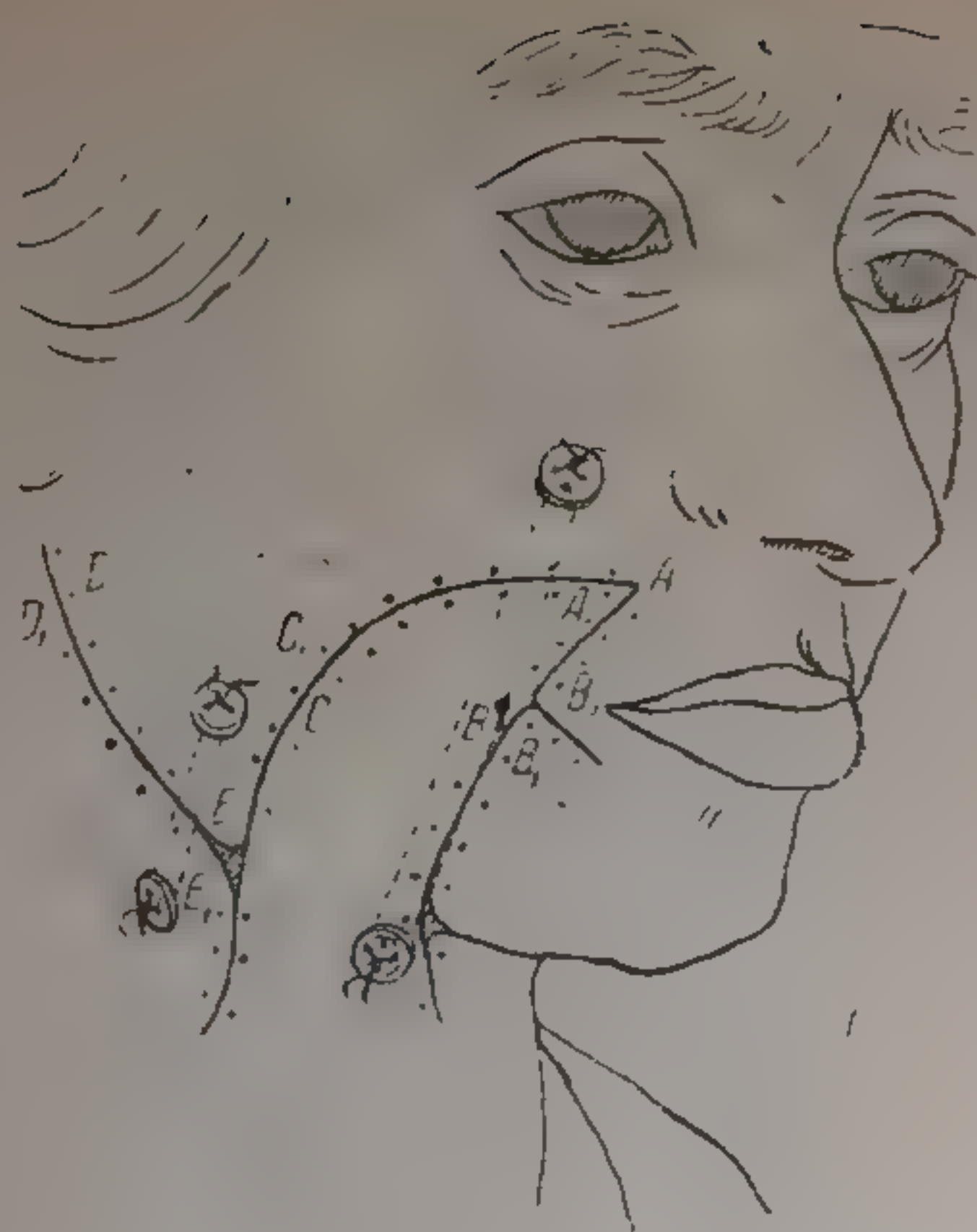


Рис. 36

Для исправления асимметрии лица казалось достаточным иссечь рубец и мобилизовать местно жир.

8 апреля 1928 г. операция. Местная анестезия. Тщательно иссекая рубец, мы получили раневую поверхность, изображенную на рис. 33. Кожа, минированная вокруг, дала возможность легко стянуть края раны, однако подложить жир не удалось, так как поблизости его почти не оказалось.

На рис. 34 результат операции. Угол рта еще больше оттянут кнаружи и вверх. Линия послеоперационного рубца вдавлена. Задний край кожи еще содержит достаточно много рубцовой ткани.

15 сентября 1928 г. операция. Местная анестезия. По линии старого вертикального рубца иссечены остатки рубца в заднем лоскуте. Получилась раневая поверхность, изображенная на рис. 35.

Для того чтобы опустить угол рта ниже, в передней губе раны сделан клиновидный дефект B_1, B_2 , а затем выкроен восходящий лоскут ACB вдоль ветви нижней челюсти, основанием вблизи нижнего края дефекта на шее. Лоскут повернут вокруг ножки и уложен на раневую поверхность. Вторичный дефект на месте взятия лоскута закрыт стягиванием краев раны. Натяжение по линии B_1-B_2 должно опустить угол рта.

Пуговичный шов—по линиям наибольшего напряжения (рис. 36). Гладкое послеоперационное течение. Заживление первичным натяжением.

В ближайшие недели сделаны мелкие косметические поправки у основания лоскута и по линии рубцов. Правый угол рта попрежнему оттянут кнаружи, хотя и в меньшей степени.

4 мая 1929 г. операция для исправления положения правого угла рта. На рис. 32 результат операции через год.

Случай 10

Больная А., армянка, 33 лет, крестьянка из Нагорного Карабаха.

В прошлом перенесла рожистое воспаление лица, которое по совету соседок лечила компрессами из концентрированной уксусной кислоты. В результате лечения обширный ожог всей левой половины лица, от лба и до подбородка. После заживления раны обезображивание и обширные рубцы.

На рис. 37 вид больной при поступлении в отделение. Вся левая половина лица обезображена рубцом. Центр рубцового разрушения—левая щека и подглазничная область. Плотный, спаянный с костью рубец покрывает левую

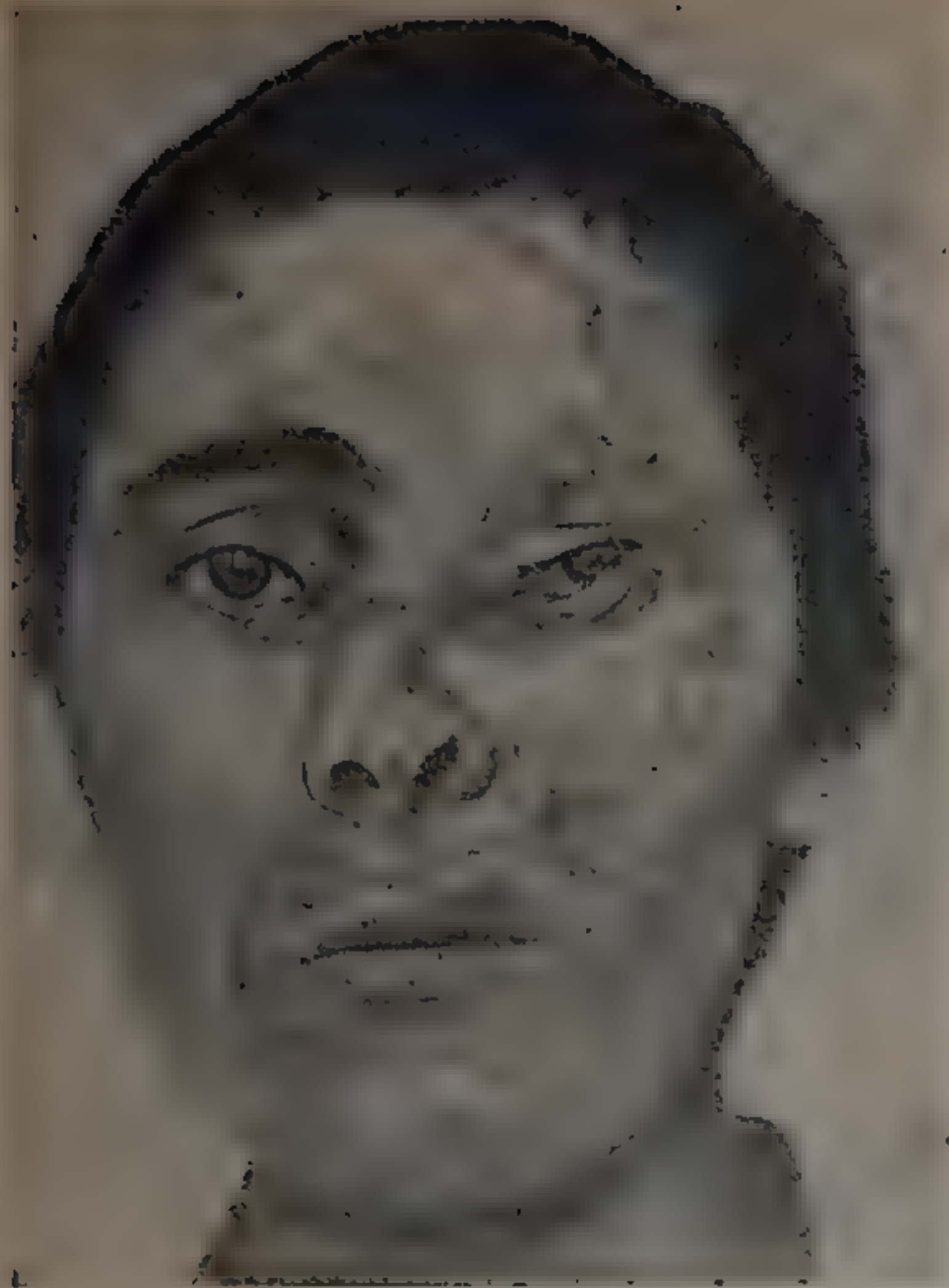


Рис. 37



Рис. 38

половину лба, переносье, нос, верхнее и нижнее веко, всю щеку, верхнюю губу. Рубец обезобразил нос, крыло носа, вывернул слизистую верхней губы и деформировал глазную щель, оттянув нижнее веко. Левая бровь и ресницы разрушены.

Предстояло заменить обширный рубец нормальной кожей. При наличии большого кожного лоскута легко исправить форму носа, крыла его, щеки и нижнего века. Этим сразу разрешился бы ряд трудностей.

План был таков: верхнее веко легко реставрировать тиршевским трансплантатом; бровь образовать при помощи свободного кожного трансплантата, снабженного растительностью; эктропион верхней губы исправить при помощи восходящего лоскута с нижней губы.

Больная готовилась к операции особенно тщательно ваннами, помня о бывшей у нее роже.

Итак, основная задача — перенести на лицо большой кожный лоскут в область наибольшего разрушения левой щеки.

Мы выработали следующий план: чтобы обеспечить питание большому кожному лоскуту, образовать два филатовских стебля, подходящие с двух противоположных сторон к лоскуту.

16 февраля 1929 г. операция под общим эфирным наркозом. Справа и слева симметрично в подключичной ямке образованы два филатовских стебля питающими концами в области головок плеча, лоскутными — у середины грудины. Шов из конского волоса — на стеблях и крепкие шелковые пуговично-матрасные швы — на раны грудной клетки.

Гладкое послеоперационное течение. Заживление первичным натяжением.

Пока созревали стебли, 28 марта под местной анестезией мы произвели исправление эктропиона левой половины верхней губы. Вытянутая вверх рубцом красная кайма очерчена разрезом и низведена к ее нормальному уровню. Образовавшуюся раневую поверхность после иссечения рубца закрыл восходящий лоскут, выкроенный из тела нижней губы примерно так, как это сделано в случае 36. Этот лоскут составляет покрытие для тела верхней губы и удерживает ее в нормальном положении. Рана на месте взятия лоскута тщательно закрыта в два этажа кетгутом и конским волосом. Так как края, окружающие

лоскут, рубцовые и существует опасение раннего отхождения лоскута, то по линии наибольшего напряжения наложен один пуговичный шов. На рис. 39

23 апреля 1929 г. операция. Подготовка лоскута к переносу на лицо. Местная анестезия.

У дистальных концов стеблей на груди очерчен лоскут А (рис. 40). Лоскут отделен от материнской почвы по верхней и нижней границам и остается в связи с последней на месте перехода в стебли. Лоскут уложен на свое место и вновь пришит к материнским краям конским волосом. Заживление первичным натяжением.

4 мая 1929 г. общий эфирно-масляный наркоз через прямую кишку. Нижнее веко освобождено от рубцов и установлено в гиперкоррекции. Продольный разрез сделан вниз по спинке носа; затем рубец иссекается повсюду—в области премаксиллы, на щеке, но не ниже назо-лабиальной складки. Раневая поверхность закрыта большим кожным лоскутом, перенесенным на лицо с груди на двух филатовских стеблях. Края лоскута пришиты повсюду к воспринимающим краям конским волосом, чередующимся с тонким шелком (имея в виду тяжесть лоскута).

Чтобы уменьшить натяжение, обусловленное тяжестью лоскута, последний подвешен к коже лба при помощи двух пар пуговичных швов (рис. 41). Рана на груди стянута крепкими матрасными швами.

Операция представляла значительные трудности, во-первых, потому, что расположение питающих концов стеблей совершенно неудачно: «ноги» стеблей расставлены слишком широко и вследствие этого теряют в своей длине. Выгоднее было бы иметь их стоящими параллельно и ближе к средней линии, как например в случае 31. Отсюда пошли все остальные трудности. Так как больная находится под общим наркозом, то пришивание лоскута затруднено—помощнику приходится пригибать голову больной вперед.

При составлении плана это обстоятельство учтено не было. Подобное расположение питающих концов следует считать неудачным. Прибегать же к местной анестезии было опасно—она нарушила бы и состояние воспринимающей поверхности и стойкость лоскута. Все однако обошлось благополучно; больная была уложена в постель с наклоненной вперед головой. Первые дни она получала большое количество наркотиков—морфий, пантопон.



Рис. 39

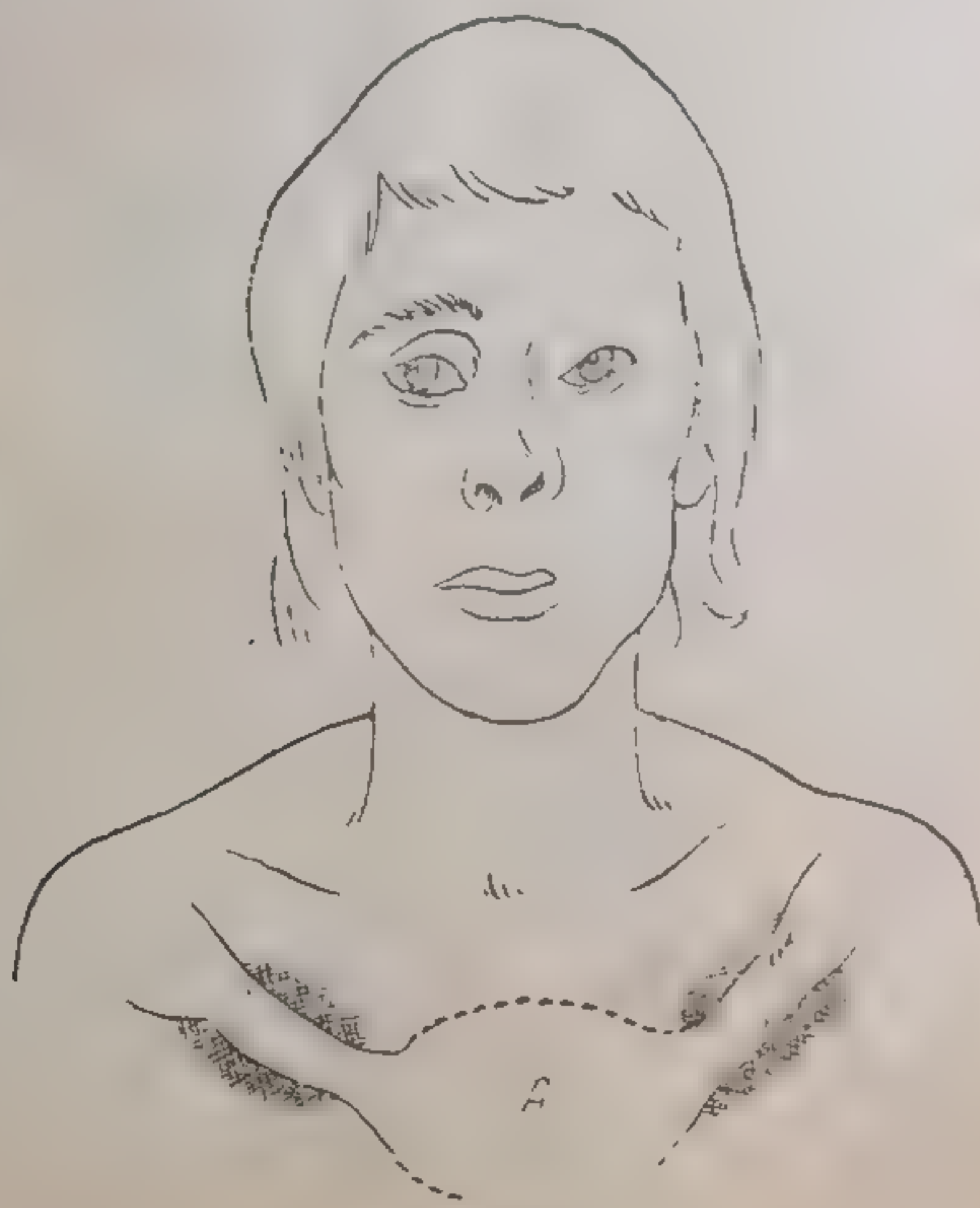


Рис. 40



Рис. 41

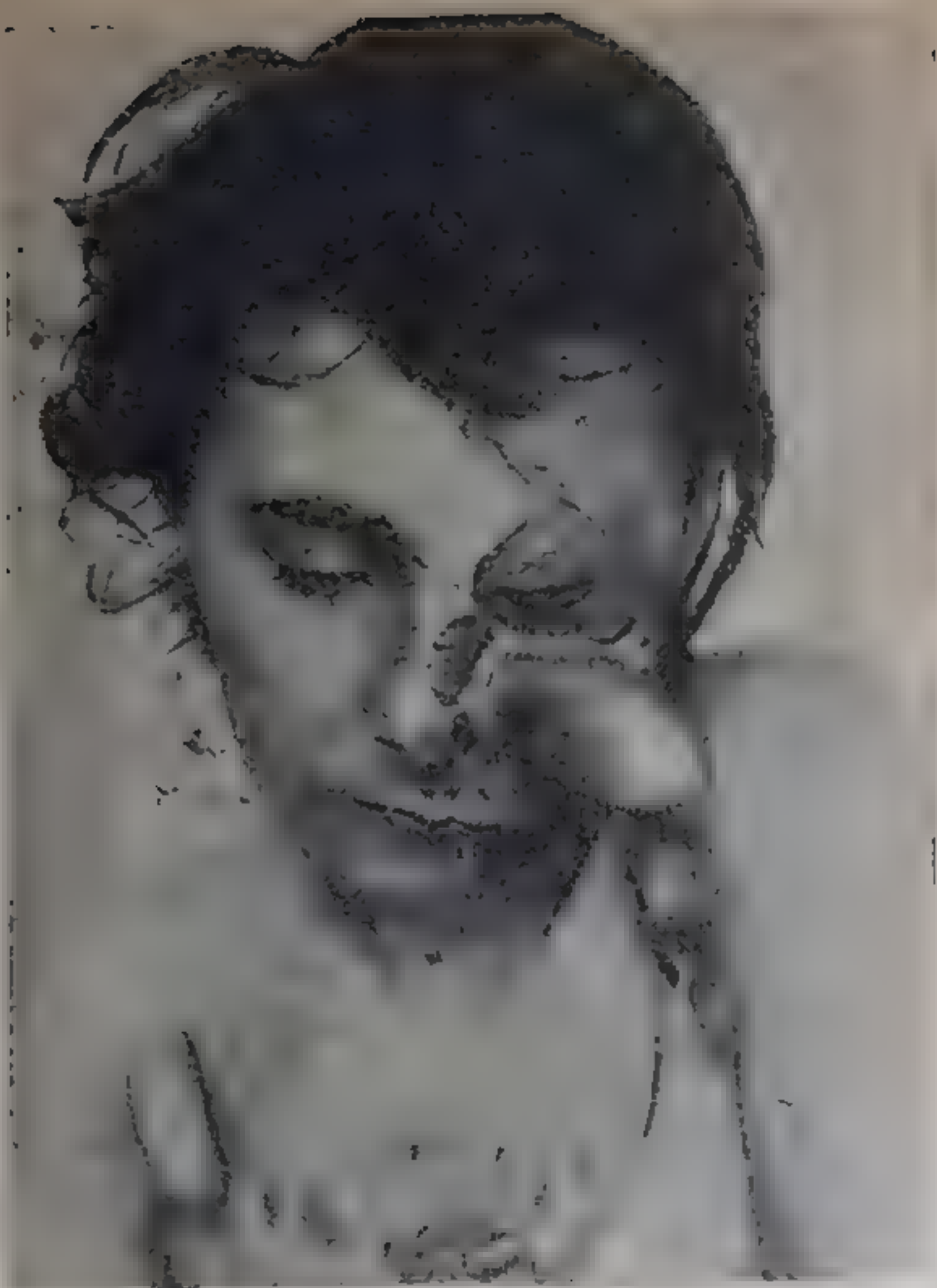


Рис. 42

Гладкое послеоперационное течение. Лоскут прекрасно прижился, не имел нигде никаких признаков какого-либо расстройства питания.

На рис. 41 больная на шестой день после этой операции. Хорошо видны расходящиеся от лоскута в стороны плечевых суставов стебли.

22 мая 1929 г. отсечен правый стебель и удален совершенно (рис. 42).

28 мая 1929 г. то же сделано и с левым стеблем. Края лоскута вживлены начерно к окружающим краям. На лицо пересажен большой кожный лоскут, который необходимо вживить в окружающие края «заподлицо».

15 июня 1929 г. на месте уничтоженной левой брови освежена поверхность вырезыванием лоскута, по рисунку соответствующая правой брови. В волосистой части выбран и вырезан участок кожи, по рисунку соответствующий ходу волос левой брови.

Трансплантат, снабженный волосами, перенесен на освеженную поверхность в область левой надбровной дуги и пришит к воспринимающей почве конским волосом, затем прижат оттиском из стенса. Трансплантат прижился первичным натяжением, однако волосы вскоре выпали и не имели большой склонности к росту. Осталось несколько волосков. На лето больная уехала домой и вернулась осенью для дальнейших операций.

16 ноября и 26 ноября 1929 г. по заднему краю щечного лоскута, по ходу носогубной складки и на крыле носа, из края лоскута удален жир, что должно оформить переход кожи лица в лоскут. От внутреннего угла глаза по направлению к началу носогубной складки иссечена полоска кожи вместе с жиром. Ране дана возможность зажить вторичным натяжением. Рубец этот должен создать границу перехода носового ската в подглазничную область.

На 8-й день после этой операции у больной обнаруживается рожистое воспаление, быстро однако проходящее.

24 декабря 1929 г. операция образования левой брови. Местная анестезия. Вновь освежена поверхность для приема волосистой лоскута. Слева в височной области выкроен скальп, свободный конец которого вживлен в освеженные края в надбровной ране. Рана на голове стянута матрасными швами (рис. 43).

Лоскут прекрасно прижился, и 7 января 1930 г. ножка отсечена и возвращена на голову. Получилась хорошая бровь.



Рис. 43

Остается исправить верхнее веко. Это было сделано 16 января 1930 г. под местной анестезией. Верхнее веко освобождено от рубцов и установлено в гиперкорректированном состоянии. Стенсом сделан оттиск раны верхнего века. На внутренней поверхности правого плеча взят большой тиршевский трансплантат и им обернут оттиск. Последний уложен на раневую поверхность и фиксирован к краям конским волосом (вкладка Эссера). Полное приживание трансплантата.

На рис. 38 пациентка перед выпиской.

Следует еще поработать над лоскутом, сделать его контур мягче и исправить веки. Больная утомлена и просит отпустить ее домой.

Случай 11

Больной Р., тюрк, 18 лет, колхозник. В трехлетнем возрасте получил ожог лица и головы.

На рис. 44 и 45 вид больного при поступлении в отделение. Правая половина лица и волосистая часть головы с той же стороны разрушены ожогом. Вся эта поверхность покрыта блестящим, плотно спаянным с костью рубцом. Совершенно уничтожены верхнее и нижнее веки правого глаза. Обнажено глазное яблоко. Роговица и конъюнктура заменены рубцом. Разрушен кончик носа. От правой ушной раковины осталась половина. Правый угол рта и верхняя губа вывернуты наружу, обнажены зубы. Нижняя губа оттянута рубцом вниз. Лоб и вся правая половина черепа покрыты плотным рубцом. Левая половина лица пострадала значительно меньше. Здесь рубцы напоминают следы оспы. Рубец настолько обширен, что не представляется возможным использовать что-либо из тканей на месте. Трудная и мало благодарная задача. Для начала мы решили образовать конъюнктивальный мешок, чтобы защитить глазное яблоко, хотя и слепое, от возможности травмы, затем восстановить кончик носа вместе с крыльями и наконец исправить эктропион верхней и нижней губ.

Мы поставили перед собой задачу перенести после окончания этих работок части растительности головы слева направо.



Рис. 44

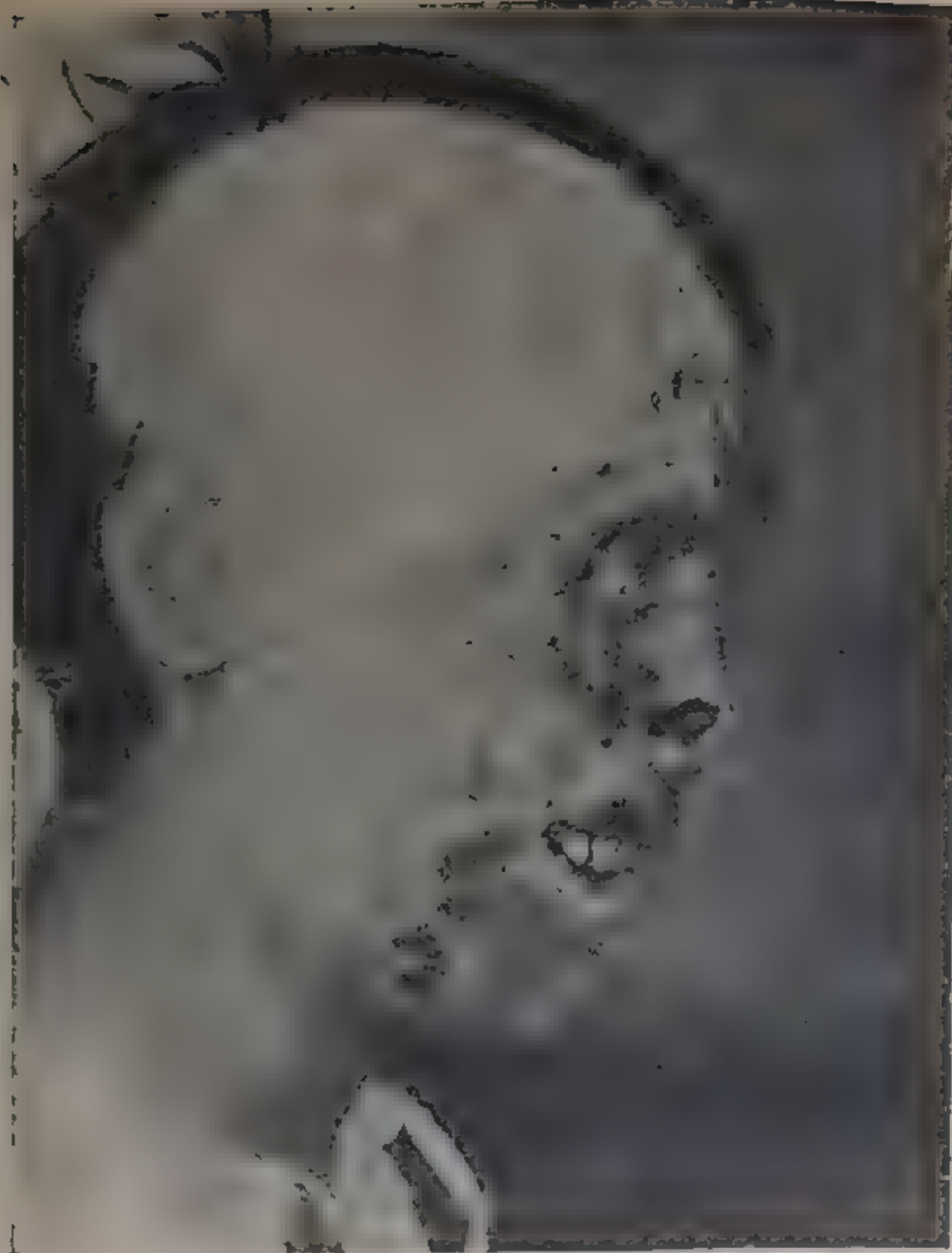


Рис. 45



Рис. 46

Так как кожа лица представляла собой сплошной рубец, то конечно ни о каком использовании ее для пластики в качестве покрытия не могло быть и речи.

Поэтому мы решили мобилизовать для этой цели кожу груди, перенеся ее на лицо на филатовских стеблях.

Схема восстановления составлена в следующем виде.

Первый акт—образование верхнего и нижнего век. Для этого рубец в окружности правого глаза, превращенный в опрокидывающиеся лоскуты, образует выстилку конъюнктивального мешка. Наружное покрытие для век на филатовском стебле переносится с груди. После приживления лоскута питающий конец стебля превращается в лоскутный и используется для образования кончика носа. Затем стебель отсекается у места перехода его в лоскут носа, и остаток стебля вживляется в щеку с тем, чтобы позже стебель, отсеченный у глазного яблока, перешел на верхнюю губу для исправления рубцового выворота последней.

28 февраля 1934 г. операция. Общий эфирный наркоз. Справа на грудной клетке образован филатовский стебель питающим концом в области плечевого сустава, лоскутным—вблизи мечевидного отростка грудины. На стебле—швы из конского волоса. На груди—шелк в виде матрасных и пуговичных швов. Первичное натяжение.

31 марта 1934 г. операция. Местная анестезия. У лоскутного конца стебля выкроен миндалевидный лоскут—будущее наружное покрытие верхнего и нижнего век. Лоскут отделен от материнской почвы, но сохранил с ней связь на месте перехода его в стебель. Лоскут вновь уложен на место и тщательно пришит к материнским краям конским волосом.

7 апреля 1934 г. операция. Местная анестезия. Рубец и остатки конъюнктивы вокруг правого глаза превращены в опрокидывающиеся лоскуты так, как это показано на рис. 47. Сшитые вместе, они образовали конъюнктивальный мешок. Через новый конъюнктивальный мешок в горизонтальном направлении протянута шелковинка, выведенная наружу через внутренний и наружный углы глаза. Образовавшаяся раневая поверхность закрыта лоскутом на филатовском стебле. Для этого последний окончательно отделен от материнской почвы. Лоскут составил наружное покрытие. Пришит он повсюду конским волосом.

У наружного угла глаза оставлена небольшая щелка, через которую будет выделяться содержимое нового конъюнктивального мешка.

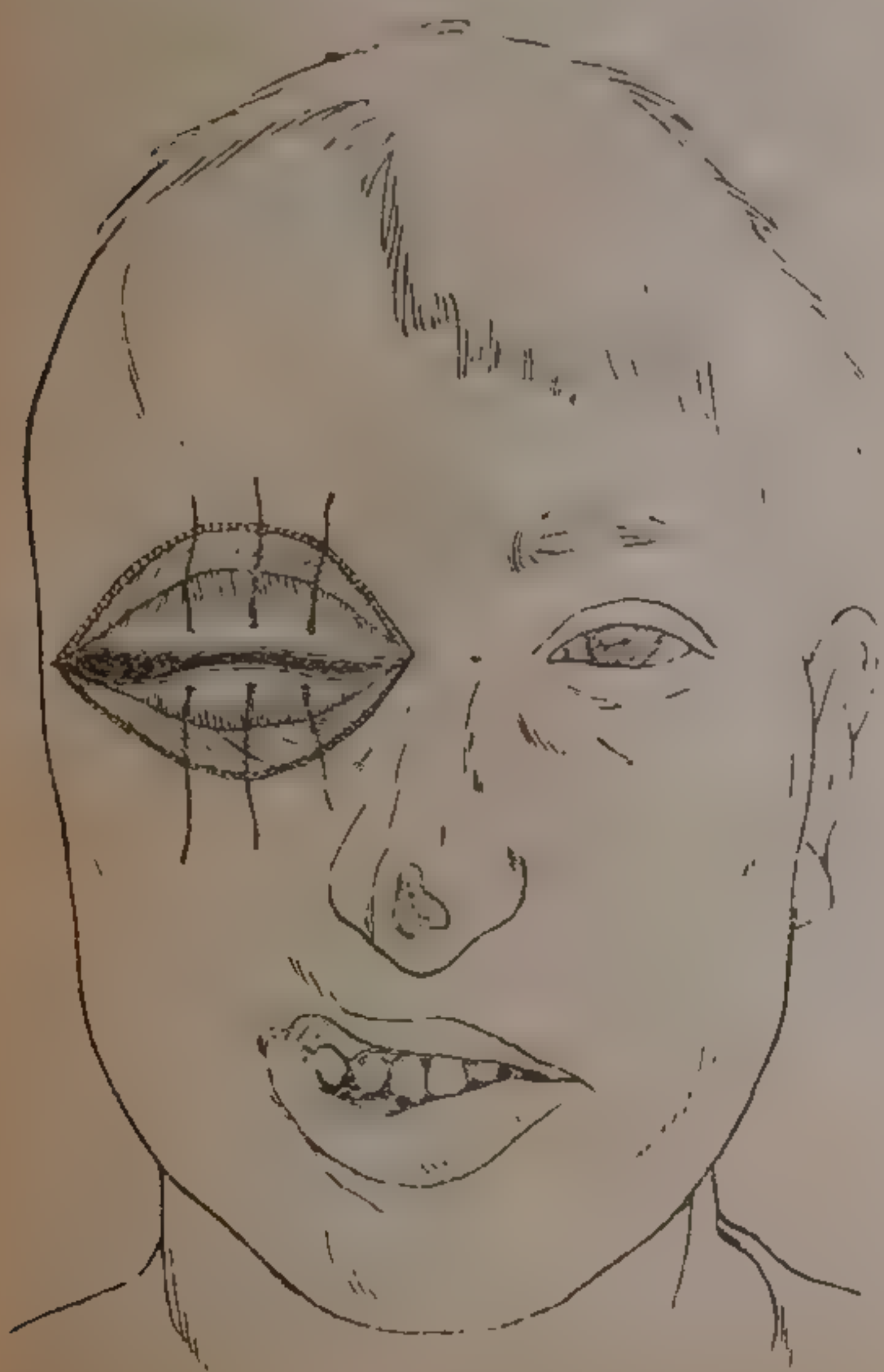


Рис. 47



Рис. 48

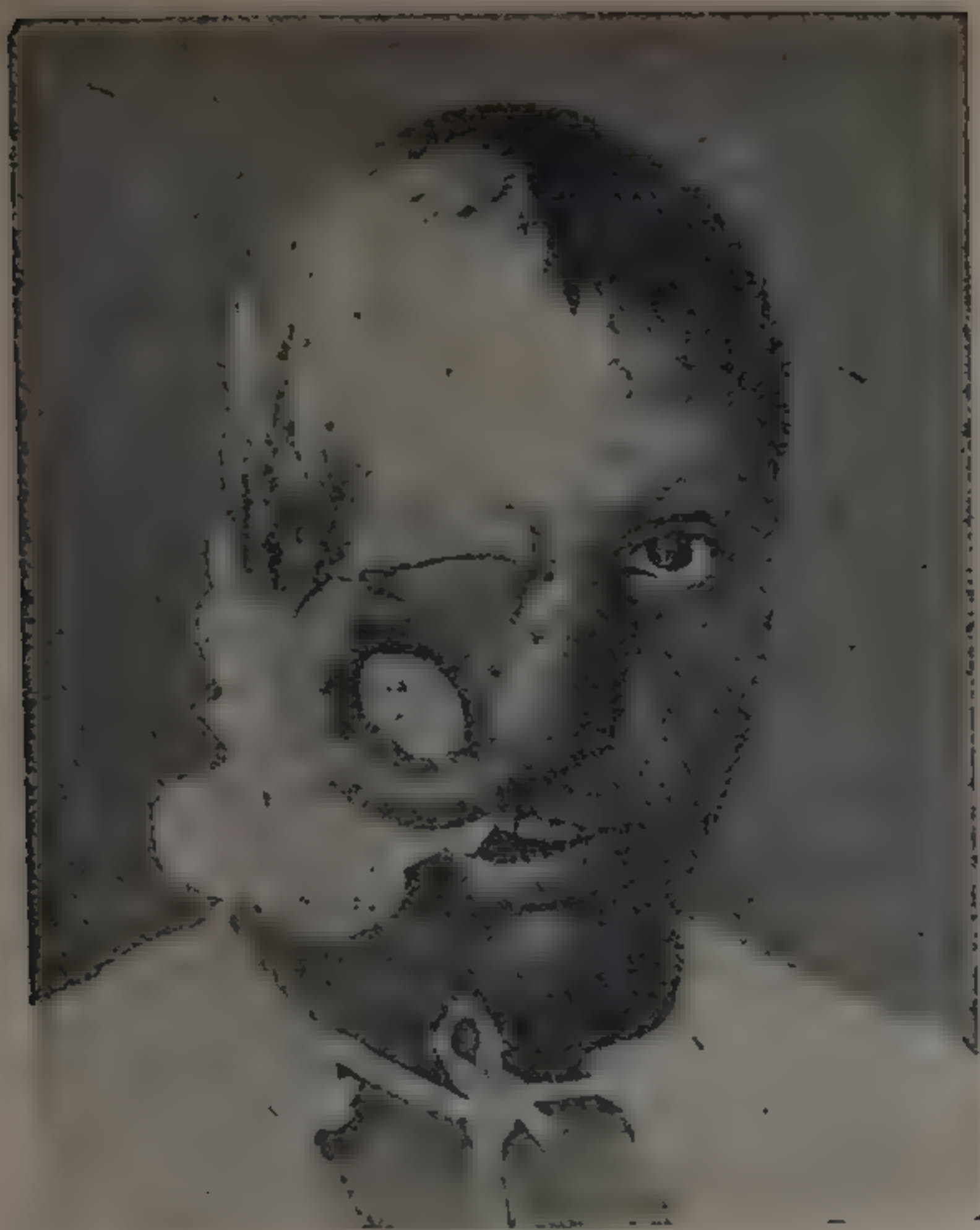


Рис. 49



Рис. 50

Чтобы зафиксировать голову в желаемой позе, правая мочка уха пришита к коже в области правого плечевого сустава. Кроме того вокруг головы и правого плеча наложена 8-образная повязка, что должно сохранять необходимое положение головы. Рана на месте взятого лоскута в области грудной стянута сильными матрасными швами.

Лоскут великолепно прижился. На рис. 48 результат операции. Хорошо видна нить, фиксирующая мочку уха.

Второй акт—образование кончика носа и крыльев.

26 апреля 1934 г. у питающего конца стебля, в области плечевого сустава, выкроен миртообразный лоскут, отделенный от материнской почвы. Затем на правом скате носового моста выкроен опрокидывающийся лоскут основанием к верхнему краю дефекта крыла носа. Для приема этого лоскута освежена по краям дефекта раневая линия, к внутренней губе которой пришит опрокидывающийся лоскут.

То же самое сделано и слева.

Таким образом была образована выстилка из рубцовой ткани, покрывавшей нос. После выкраивания опрокидывающихся лоскутов на носу образовалась треугольная раневая поверхность, которая прикрыта лоскутом на филатовском стебле. Этим было образовано наружное покрытие. Для приема лоскута края носовой раны и сам лоскут обработаны так, как это показано на рис. 504 в случае 103 (стр. 252).

Гладкое послеоперационное течение. Приживление лоскута. Первичное натяжение. На рис. 49 результат этой операции.

14 мая 1934 г. операция. Местная анестезия. Стебель отсечен на 2 см ниже его перехода в носовой лоскут. Остаток стебля распластан и завернут внутрь носа—этим оформлена выпуклость кончика последнего.

Стебель вживлен вблизи правого угла рта. Первичное натяжение (рис. 50).

2 июня 1934 г. операция. Местная анестезия. Стебель отсечен у лоскута на глазу. Справа по верхней губе разрезом на границе красной каймы и рубца кайма сдвинута вниз и установлена в ее нормальное положение. Затем иссечен имеющийся здесь, на теле губы, рубец, образовавшаяся раневая поверхность прикрыта распластным филатовским стеблем. Раневая поверхность

на лоскуте, на месте отсеченного стебля, вживлена к подлежащему краю. Все прижато первичным натяжением.

17 июня 1934 г. образование верхнего и нижнего век. По линии натяжения шелковинки, проходящей сквозь конъюнктивальный мешок, по границе выстилки верхнего и нижнего век проведен горизонтальный разрез, который рассек лоскут, а также и выстилку на две части—верхнюю и нижнюю. Удален избыток жира между выстилкой и покрытием. Конъюнктивальный мешок сшит конским волосом на верхнем и нижнем веках с наружным покрытием.

Первичное натяжение.

Таким образом наш первоначальный план начерно выполнен. Лоскуты пока грубоваты и отечны. Однако материала достаточно, чтобы позже все оформить. Необходимо сузить глазную щель и произвести косметический татуаж роговицы, убрать из-под пересаженного на верхнюю губу стебля избыток жира и заживить его «заподлицо», оформить нос и образовать бровь.

Все это пока «болванки», если так можно выразиться, требующие дальнейшей обработки; все это еще свежо и отечно. Поэтому мы выписываем больного домой на несколько месяцев с советом явиться позже для поправок и продолжения восстановления. На рис. 46 результат операции.

В феврале 1935 г. пациент вернулся к нам в отделение, и мы приступили наряду с косметическими поправками к переносу части растительности с левой половины головы на правую.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТУРА ШЕИ ПРИ ОБШИРНЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУРАХ

Всякий тяжелый распространенный ожог лица, шеи и груди оставляет после себя обширный рубец, обезображивающий пораженную область и нарушающий ее нормальную функцию. Нередко рубец приковывает подбородок к груди, ограничивает подвижность головы и создает вынужденное тягостное положение последней. Деформации носа, ушных раковин, век, щек и лица вообще сопутствуют этому повреждению. Очень часто образуется или выворот губ или сужение ротового отверстия. Непроизвольное слюнотечение в первом случае и затруднение для питания во втором—обычные спутники рубцевания.

В хирургической литературе этому вопросу уделено чрезвычайно мало внимания. В большинстве классических старых и новых руководств в главе о пластической хирургии или вовсе ничего не говорится об оперативном лечении этих повреждений или при упоминании о рубцовых повреждениях шеи имеется шаблонная фраза: «Необходимо иссечь весь рубец и заменить его нормальной кожей». Разрушения подчас бывают столь обширны, что соблюдение этого правила по рутине ставит хирурга в безвыходное положение, потому что раздобыть нормальную кожу в столь большом количестве по большей части не представляется возможным. В этом отношении учебник оперативной хирургии Киршнера и Шуберта представляет некоторое исключение: приводится схема операции по Морестену. Специальные монографии, вышедшие за последнее десятилетие и посвященные вопросам пластической хирургии, не составляют особого исключения. Найти что-либо новое в них по разбираемому вопросу кроме описанных общезвестных отдельных казуистических случаев не удастся. Лексер в своей последней монографии «Die Gesamte Wiederherstellungschirurgie» (1931 г.) также уделяет мало внимания разбираемому вопросу, повторяя все то немногое, что говорилось до него. Результаты, приводимые им, судя по фотографиям, далеки от совершенства.

Самое главное—под эти операции до сих пор не подведен еще какой-либо общий анатомический принцип, как это имеет место при многих хирургических операциях. Так как рубцовая контрактура шеи представляет собой в известной степени однообразное страдание, необходимо выработать общую, однообразную тактику действия при этих операциях, основанную на анатомо-физиологических особенностях данной области и согласованную с законами растяжения кожи шеи, поскольку в данном случае идет речь о нарушении ее эластичности рубцом.

Из 15 больных, оперированных нами по поводу рубцовых контрактур шеи на почве ожога, ни в одном случае, даже при самых глубоких и тяжелых разрушениях, рубец не проникал глубже клетчатки. Таким образом ограничение подвижности целиком зависело от разрушения кожи; а раз это так, то законы, определяющие эластичность кожи, в связи с движением последней должны лечь в основу плана восстановительной операции. Основными движе-



Рис. 51.

ниями шеи являются¹: а) наклон головы вперед и назад по фронтальной оси; б) наклон головы направо и налево по сагитальной оси; в) поворот головы вокруг вертикальной оси; г) сложные, комбинированные движения, совершаемые головой за счет первых трех движений.

Нас интересуют первые три движения как элементарные. Как мы уже сказали выше, наша задача ограничивается пределами рубцовых нарушений движений головы-шеи за счет разрушения передне-боковых поверхностей рубцом.

Хорошо известно, что наибольшая растяжимость кожи перпендикулярна направлению лангеровских бороздок². Совершенно наглядно в этом можно убедиться на сгибах в области суставов, то же имеет место и на шее. На рис. 51 схематически показано направление этих бороздок на шее и прилежащих к ней областях.

Рис. 51, 52, 53 показывают направление наибольшего напряжения кожи при движениях а, б и в к направлению лангеровских бороздок. Отсюда нетрудно сделать важный для реконструкции вывод: так как наибольшая растяжимость кожи совпадает с направлением движения суставов и перпендикулярна лангеровским бороздкам, то лангеровские бороздки пересаживаемого лоскута должны совпадать в своем направлении с таковыми в области воспринимающей почвы. Соблюдение этого правила позволит нам при максимальной экономии пересаживаемого материала использовать его наиболее целесообразно в смысле как функции, так и последующего косметического эффекта. Пользуясь указанным правилом, с одной стороны, и помня старое правило Кохера о «нормальных разрезах» — с другой, необходимо будет перефразировать «нормальные разрезы» в «нормальные рубцы», а эти нормальные рубцы совпадают с лангеровскими бороздками.

Переходим к более детальному разбору зависимости между движениями шеи и напряжением кожи.

Движение а (рис. 51) — наклон головы вперед и назад по фронтальной оси. Нас интересует главным образом наклон головы назад. Это движение предъявляет наибольшее требование к коже передней поверхности шеи, однако не во всех ее отделах в одинаковой степени. Если

¹ Ниже, говоря о движениях головы, мы имеем в виду тесную зависимость между движениями головы и шеи.

² См. более подробно Б. Франкенберг, Нов. хирург. архив, т. 22, кн. 4.

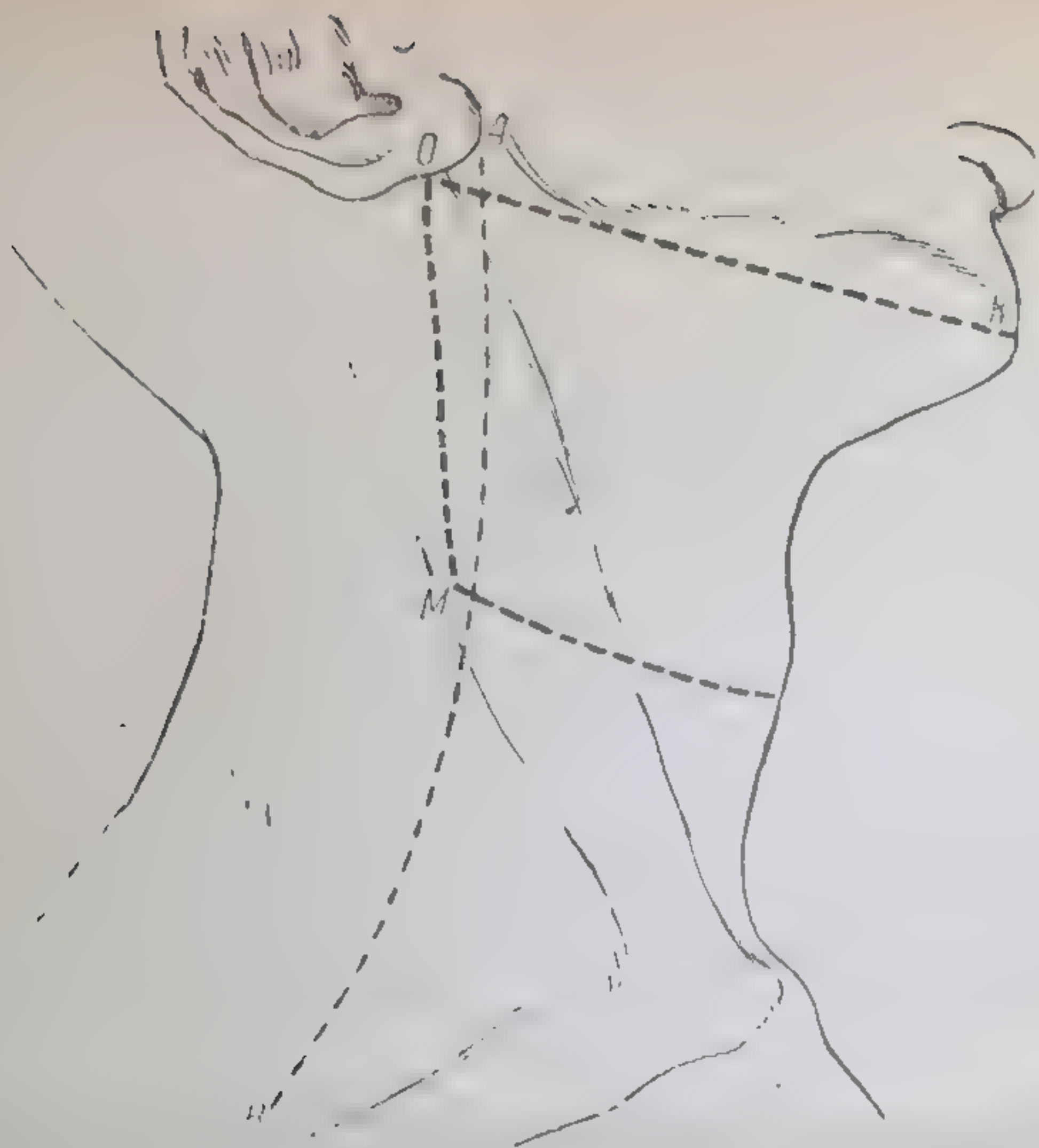


Рис. 52

мы обратимся к рис. 51, на котором изображен предел указанного движения, то увидим, что наибольшее напряжение испытывает часть кожи, ограниченная пятиугольником *МОКLP*, вершиной которого служит подбородок, сторонами — нижние края горизонтальной рамы нижней челюсти, задние края грудно-ключично-сосковой мышцы и основанием — горизонтальная линия, проходящая на уровне перстневидного хряща. В пределах указанного пятиугольника наибольшее растяжение испытывает часть, расположенная на высоте пятиугольника (*KN*), т. е. по средней линии. Чем дальше от этой линии кнаружи (латеральнее), тем меньше напряжение. Кожа шеи, расположенная ниже перстневидного конца, остается почти неподвижной, не испытывая натяжения.

Движение *б* (рис. 52) — наклон головы направо и налево по сагитальной оси. Линия напряжения кожи идет от вершины сосцевидного отростка к середине ключицы и здесь, как и при движении *а*, наибольшее напряжение испытывает участок кожи, расположенный по боковой стенке описываемого пятиугольника.

Движение *с* (рис. 53) — поворот головы вокруг вертикальной оси. Линия наибольшего напряжения кожи идет от центра подбородка к середине ключицы. Наибольшее напряжение испытывает участок кожи, расположенный в пределах указанного пятиугольника.

Таким образом мы выяснили: при движении головы верхняя половина кожи передне-боковых отделов шеи испытывает наибольшее напряжение. Ниже уровня перстневидного хряща кожа остается почти неподвижной. Поэтому при восстановительных операциях на шее необходимо: 1) в верхней половине, выше уровня перстневидного хряща, тщательно иссекать рубцовую ткань и заменять ее нормальной кожей; ниже перстневидного хряща можно использовать рубцовую ткань; 2) послеоперационные рубцы в верхней половине шеи должны идти поперечно, в нижней же половине они могут быть вертикальными или, что еще лучше, идти косвенно, имея направление к средней линии и сходясь веерообразно от области сосцевидных отростков к яремной вырезке грудины.

Если при восстановлении не удастся расположить рубец по одному из ука-

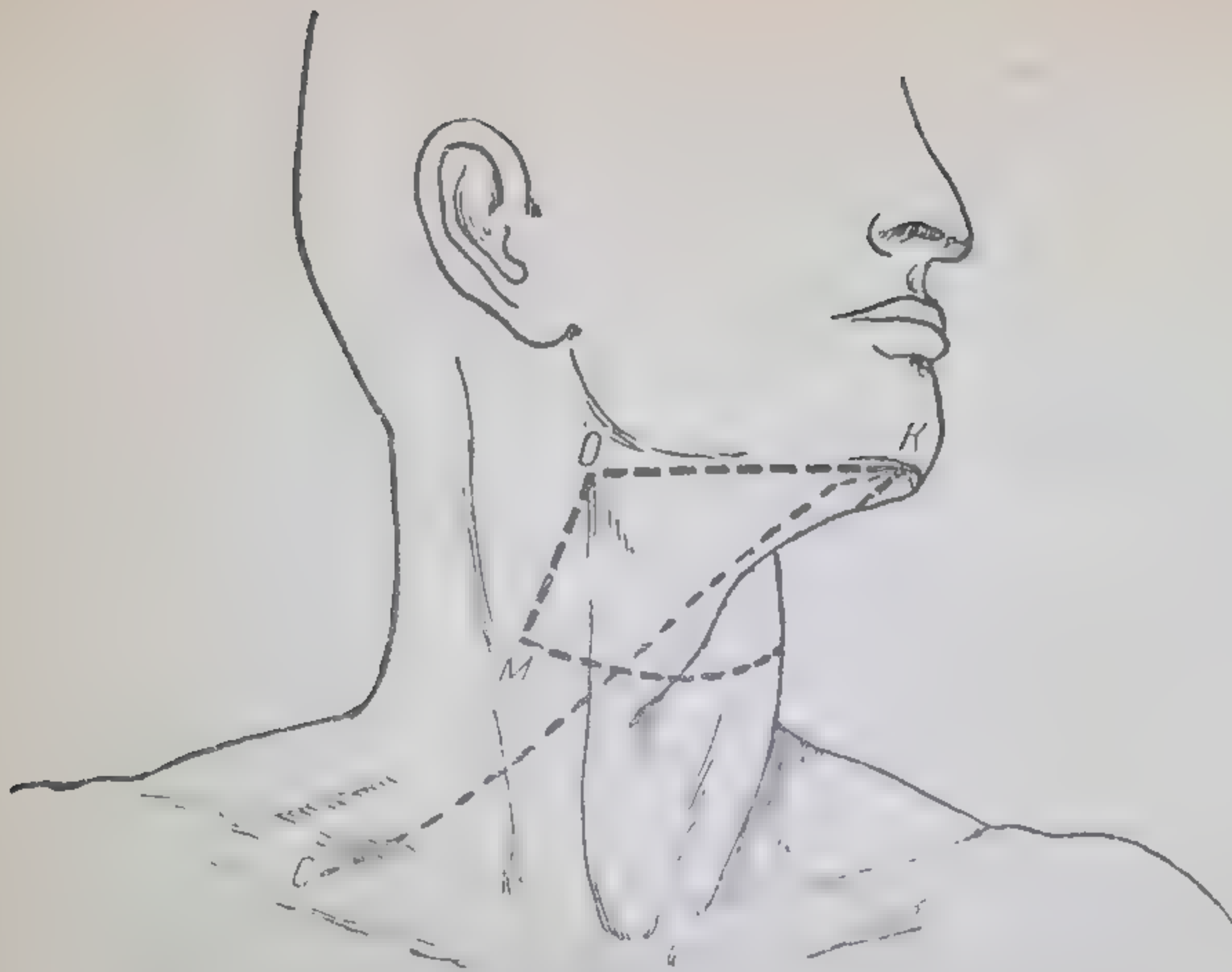


Рис. 53

занных направлений, то в этом случае желательно передвинуть линию вертикального шва сколько возможно назад, в латеральные отделы шеи. Там вертикальный рубец меньше всего препятствует движению. Во время самой операции необходимо стремиться воспроизвести естественную (скульптурную) форму шеи. Для этого необходимо хорошо изучить контур шеи, границы и переходы его в соседние области — надключичные ямки, подчелюстную область и т. д. Необходимо ясно представить себе форму цилиндра шеи, переходящую в соседние плоскости. Особенно важны границы перехода одной формы в другую, так как они служат направлением «основных бороздок»¹, а эти бороздки служат руководящими пунктами для наложения основных швов, «тяг», как мы их называем. Задачей этих основных швов-тяг является создание и оформление границ перехода одной области в другую при помощи натяжения основных бороздок.

Во время операций тяги накладываются первыми.

Только воспроизведя контур, создав границы и переходы одной формы в другую, мы приступаем к зашиванию остальной линии раны. Где удастся наиболее полно во время операции восстановить истинную форму шеи и правильное ее соотношение с окружающими частями, там и получается наиболее совершенный эффект, косметический и функциональный.

Местная анестезия при этих операциях противопоказана, особенно в комбинации с адреналином, так как она нарушает стойкость лоскутов, подчас содержащих рубцовую ткань. Опрыскивание столь больших областей не дает гарантии безболезненности, а необходимость впрыскивать большое количество новокаина может повести к интоксикации. Наилучшим наркозом мы считаем общий в виде эфирно-масляной клизмы по Гватмею.

В некоторых случаях мы пользуемся ингаляционным наркозом при помощи катетера, введенного в трахею через рот или носовое отверстие.

Все изложенное является попыткой дать некоторую общую тактику действия при рубцовых повреждениях кожи шеи, где до сих пор каждый случай трактовался совершенно индивидуально и не учитывались чисто местные условия. В этом по нашему мнению следует искать причину того, что в учебниках оперативной хирургии об этих операциях или говорилось вскользь или не го-

¹ На рис. 51 основные бороздки показаны стрелками.

ворилось ничего. Из многочисленных способов, предложенных для восстановления нормального контура шеи, наилучшим следует считать способ Морестена. Разбирая этот способ с описываемой точки зрения, нетрудно подметить, что хорошим эффектом после этой операции мы обязаны превращению рубцов, идущих перпендикулярно к лангеровским бороздкам, в рубцы, параллельные им. То же самое можно сказать относительно всех способов встречными треугольниками¹.

К сожалению способ Морестена на шее применим при не очень больших поражениях боковых отделов шеи. Послеоперационная зигзагообразная линия рубца Морестена с косметической точки зрения, особенно у женщины, не может считаться удовлетворительной.

Не можем мы также высказаться в пользу тех способов, которые рекомендуют заменять иссеченный рубец обширными кожными трансплантатами с груди, спины и т. д. Независимо от того, что лоскуты эти выглядят на шее всегда в виде чужеродной «латы», для изъятия таких трансплантатов приходится делать обширные новые раны, рубцы и т. д.

Наконец нет и не может быть способа, который был бы универсальным. Поняв форму, разобравшись в функции, мы всегда сумеем при помощи совокупности способов найти решение данного случая, пользуясь руководящим принципом.

Несколько слов относительно техники производства операции.

Так как верхняя половина шеи является наиболее ответственным участком, то мы очерчиваем верхнюю границу рубца и, начиная отсюда, иссекаем рубец, но таким образом, чтобы последний все время сохранялся в виде лоскута с широким основанием внизу. Освобождая от рубца глубоко лежащие ткани, мы стремимся получить полную подвижность головы и шеи. Естественно, что одновременно анатомическая, нормальная форма является нашей целью. Иссекая рубцовую ткань, мы должны сохранить ее связь с материнской почвой до конца операции, когда может появиться необходимость использовать рубец в качестве материала для закрытия вторичных дефектов менее ответственных участков операции.

Получив полную подвижность шеи-головы, приступаем к следующему акту. Восстанавливая начерно при помощи временных сильных основных швов-тяг форму нижней половины шеи, используем при этом имеющийся рубцовый лоскут, если в этом встречается надобность. Восстановив описанным образом часть, подлежащую закрытию чисто местными ресурсами, приступаем к выкраиванию лоскута для закрытия верхней половины раны. Подобная тактика позволяет соблюсти экономию в расходовании пересаживаемого материала, потому что по большей части размеры операций прямо пропорциональны размерам пересаживаемых лоскутов, а судьба последних часто зависит от их величины.

Частности техники мы считаем более целесообразным изложить в историях болезни при описании наиболее типичных случаев.

Случай 12

Больная С., тюрчанка, 24 лет. Получила в детстве ожог кипятком лица, шеи, правой половины груди и подмышечной впадины. После заживления остался обширный рубец, который в виде широкого массивного тяжа спускается с правой щеки на шею, оканчиваясь в правой подключичной ямке, где расположен основной массив рубца. Рубец стягивает всю правую половину лица, деформирует правый угол рта, ограничивая движение головы (рис. 54 и 55).

25 февраля 1934 г. операция. Общий эфирный наркоз (маска Омбредана). Рубец очерчен, как это показано на рис. 57, в пределах здоровых тканей и уда-

¹ Davis, Relation of scar contractures, Annals of Surgery, vol. XCIV, 1931; Л и м б е р г.



Рис. 54



Рис. 55



Рис. 56

леп. Верхний горизонтальный разрез освободил щеку и правый угол рта от рубцового натяжения, и они стали на свое место.

Справа на шее образовалась большая раневая поверхность. По направлению стрелок с большим напряжением наложены основные тяги, оформившие контур шеи. В остальном рана зашита тонким шелком и конским волосом.

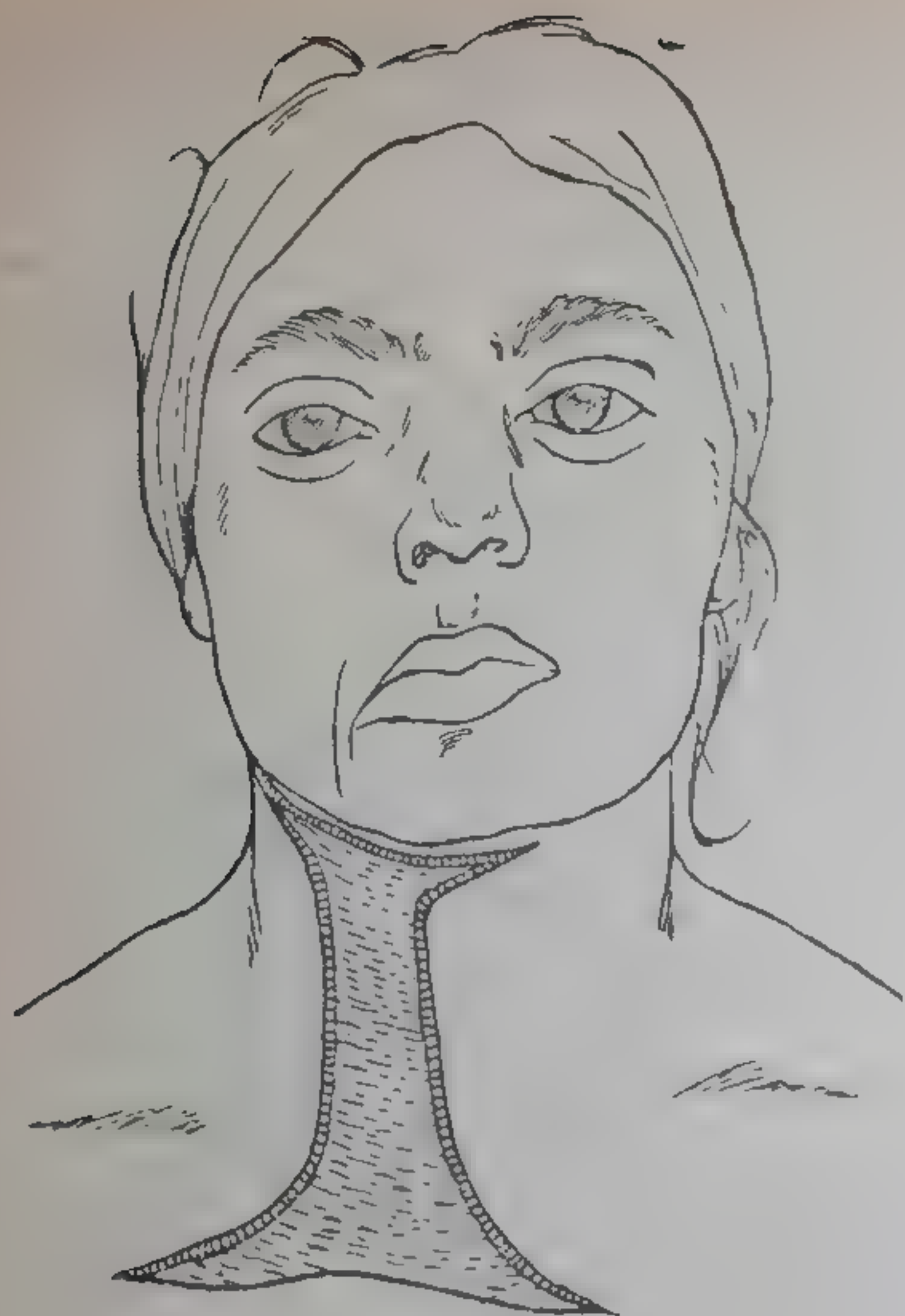


Рис. 57



Рис. 58

Линия рубца располагается по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* (рис. 58). В последующем производятся мелкие косметические исправления. Результат операции представлен на рис. 56. Голова получила полную подвижность.

Случай 13

Больная К., русская, 18 лет. Несколько лет назад получила ожог кипятком передней поверхности шеи и груди. Обширный рубец начинается симметрично с обеих сторон у углов нижней челюсти, занимает всю переднюю поверхность шеи, достигая наибольшей массивности у подбородка, откуда он, опускаясь почти вертикально, расходится веерообразно к вырезке грудины и обеим подключичным ямкам. Движения головы ограничены, особенно назад. Повороты головы вправо и влево ограничены умеренно. Форма шеи нарушена, что особенно тяготит больную (рис. 59 и 60).

При составлении плана операции мы были вынуждены считаться с тем, что больная категорически отказывалась от каких-либо пересадок издалека.

27 апреля 1933 г. операция. Общий эфирный наркоз через прямую кишку. Параллельно нижнему краю нижней челюсти, сейчас же на границе перехода рубца в здоровую кожу, сделан горизонтальный разрез; справа и слева симметрично вертикальные разрезы окаймляют рубцовую ткань. Шаг за шагом, высекая рубец, освобождена вся передняя поверхность шеи вплоть до *jugulum sterni*.

Разрушенная *platysma myoides* удалена вместе с рубцом. Голова и шея получили полную подвижность. Образовалась большая раневая поверхность, которая занимает всю переднюю часть шеи почти до уровня углов нижней челюсти. Особенно велика раневая поверхность в нижней половине (рис. 63).

Чтобы закрыть большую рану, пришлось обширно отслоить кожу боковых отделов шеи в обе стороны. Затем у основания этих лоскутов были сделаны добавочные разрезы, достигающие переднего края *m. culcularis*. То же было сделано и в верхнем отделе. Образовались два надвигающихся лоскута.



Рис. 59



Рис. 60



Рис. 61



Рис. 62

С большим напряжением, при помощи щипцов Мюзе, лоскуты стянуты по средней линии. Наложены основные тяги AA_1 и BB_1 , оформившие контур верхней половины шеи. Вследствие большого напряжения в поперечном направлении лоскуты имели тенденцию подниматься кверху. Эта тенденция была уравновешена наложением тяг CC_1 и DD_1 . Нетрудно заметить, что наложение

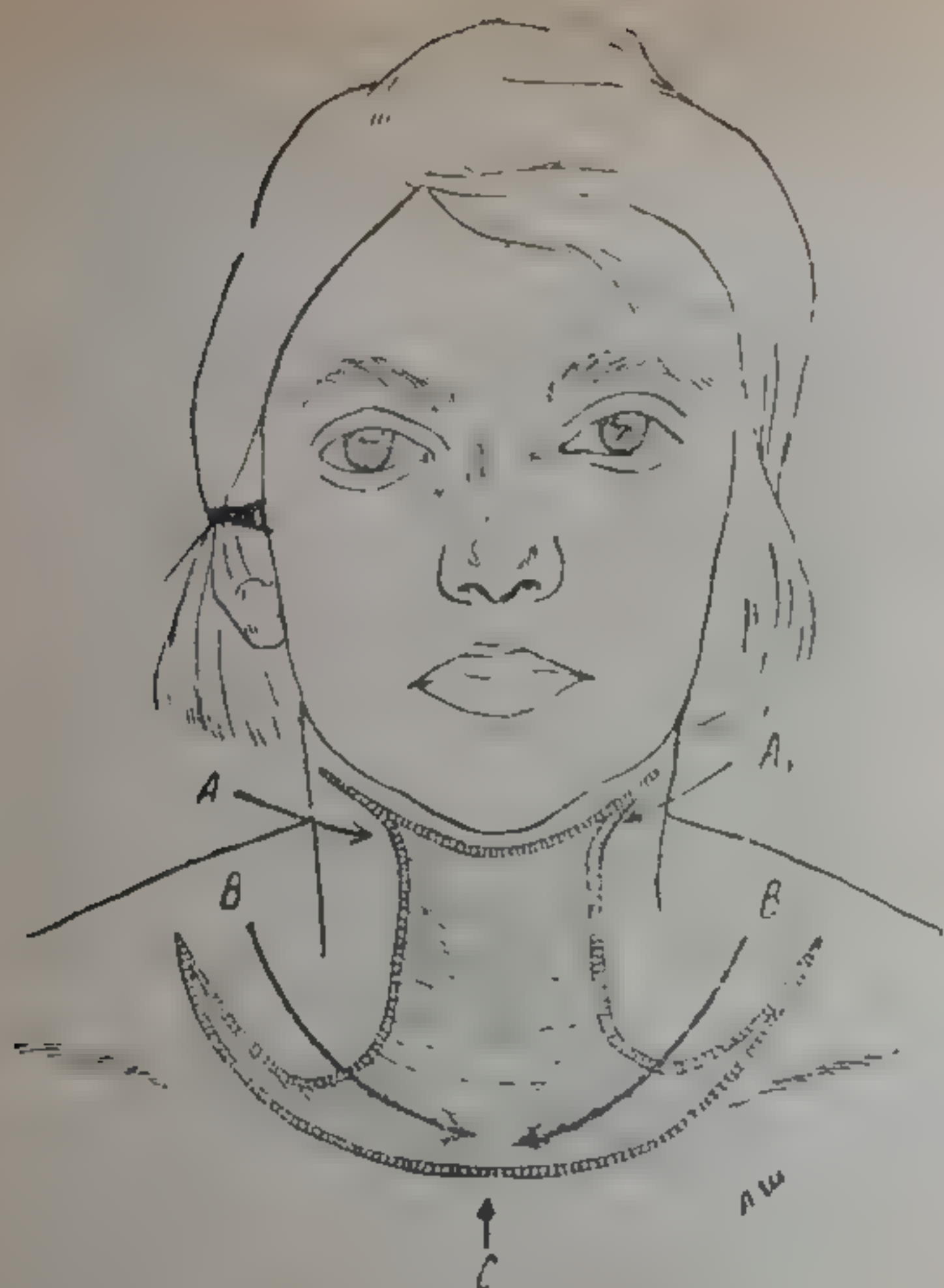


Рис. 63

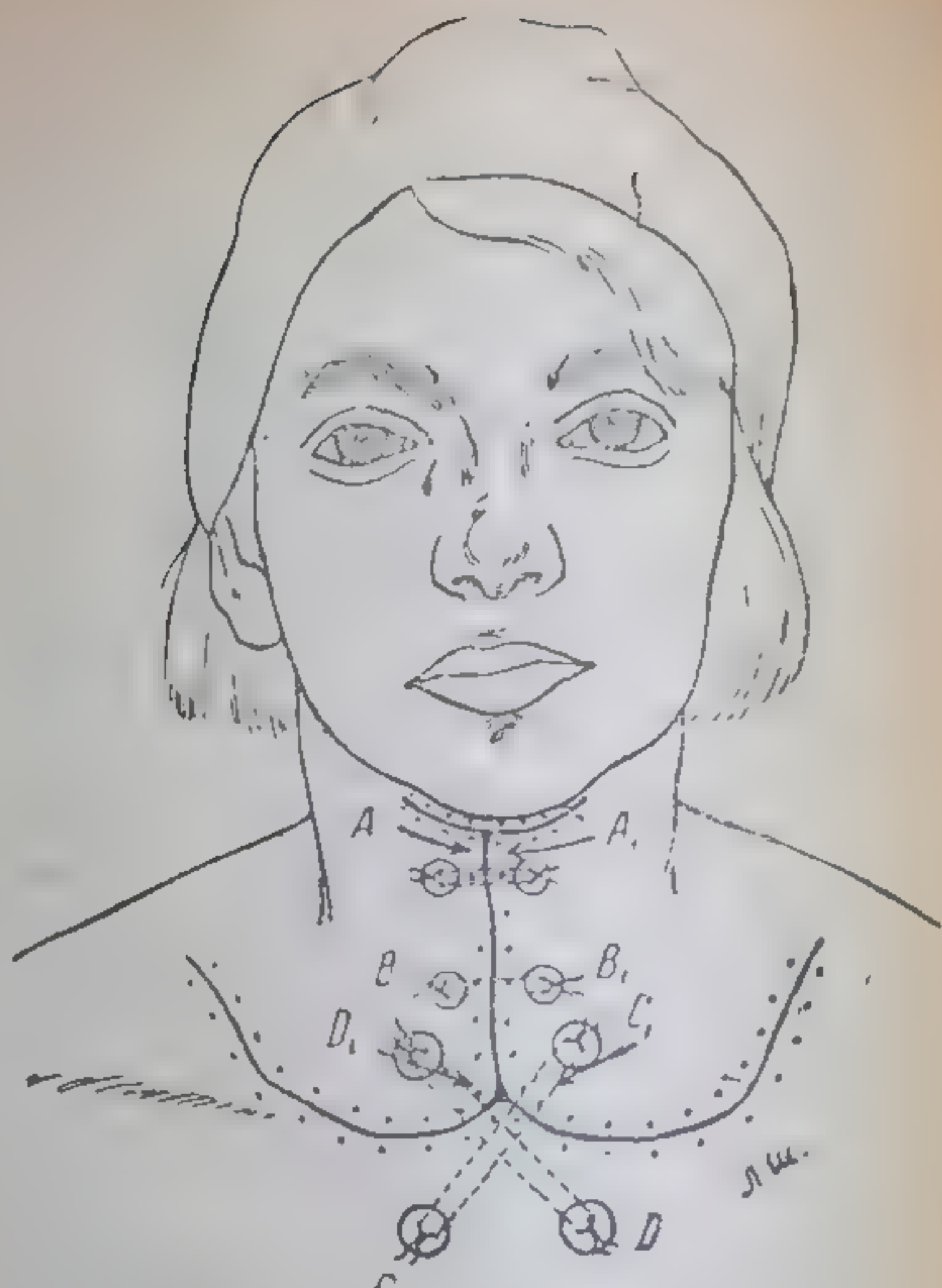


Рис. 64

этих тяг оформляет по линии их напряжения границы перехода контура шеи в надключичную ямку. При зашивании раны по линии горизонтального разреза на подбородке получился некоторый избыток нормальной кожи в виде сборок (рис. 64).

Гладкое послеоперационное течение. Форма шеи отличная. Резко очерчены границы перехода ее в соседние области. Остается исправить сборки под подбородком и привести в порядок несколько грубоватый послеоперационный рубец.

19 февраля 1934 г. косметические поправки. Местная анестезия. На рис. 61 и 62 результат операции. Голова получила полную подвижность, шея—нормальный анатомический контур.

Случай 14

Больная Л., русская, 20 лет. 10 месяцев назад взорвался примус, и пациентка получила обширный ожог передней поверхности груди, шеи и левой нижней половины лица. После заживления раневой поверхности образовался массивный рубец. Последний, начинаясь от подбородка, нижнего края левой половины нижней челюсти, идет вниз, рассыпаясь веером в области яремной вырезки грудины и левой ключицы. Левый угол рта оттянут вниз. Нормальный контур шеи и надключичной ямки разрушен, движения головы-шеи значительно ограничены. На груди рубец занимает всю верхнюю половину передней поверхности, распространяясь на левое плечо и достигая внизу слева уровня мечевидного отростка. На рис. 65 вид больной при поступлении в клинику.

При составлении плана операции необходимо было иметь в виду ряд важных обстоятельств: невозможность получить лоскуты на ножке с передней поверхности грудной клетки вследствие разрушения последней рубцом; затем желани и наконец закончить восстановление в возможно меньшее количество приемов.

23 декабря 1926 г. операция. Общий эфирный наркоз. Рубец на шее очерчен мышцей шеи. Образовавшаяся раневая поверхность занимает всю переднюю



Рис. 65



Рис. 66

поверхность шеи; верхняя граница освеженной поверхности—середина подбородка, нижний край левой половины челюсти до угла последней; на шее рана справа достигает уровня середины грудино-ключично-сосковой мышцы; внизу раневая поверхность идет по ключице и верхнему краю грудины. Для закрытия раневой поверхности сделаны четыре добавочных разреза, при помощи которых мобилизована нормальная кожа боковых отделов шеи с обеих сторон. Образовавшиеся надвигающиеся лоскуты не удалось стянуть до полной адаптации, так как это вызывает сдавление трахеи. Поэтому между краями лоскутов оставлен промежуток, который закрыт тремя свободными вольфовскими трансплантатами, уложенными поверх сильных тяг (пуговичные швы), удерживающих лоскуты.

Трансплантаты взяты с бедер. Ввиду большого натяжения у основания надвигающихся лоскутов сделаны расслабляющие разрезы на высоте углов нижней челюсти.

2 января 1927 г. верхний трансплантат прижился, средний омертвел целиком, у нижнего прижила половина. Несмотря на частичный успех трансплантации, после заживления раневой поверхности на месте среднего лоскута, шея получила удовлетворительную форму и подвижность. Однако подчелюстная область и особенно ее переход в контур шеи оставляют желать еще много лучшего (рис. 67), поэтому по настоянию больной и по собственному стремлению мы решили повторить операцию.

15 февраля 1927 г. операция. Общий эфирный наркоз. Иссечен оставшийся рубец, а также рубец предыдущей операции. Разрез продолжен вниз по ключице. Кожа боковых отделов шеи и левой над- и подключичной ямки в области грудины мобилизована на большом протяжении. Снова наложены основные тяги. Этим оформлен контур шеи и всей области. Удалось легко расположить линию послеоперационного рубца по ходу лангеровских бороздок в направлении: вершина сосцевидного отростка—середина яремной вырезки грудины. На этот раз удалось добиться полной адаптации краев без особого труда. Линия послеоперационного рубца, а также основные тяги показаны на рис. 68 и 69. Заживление первичным натяжением. Косметический и функциональный результат непосредственно после операции прекрас-



Рис. 67

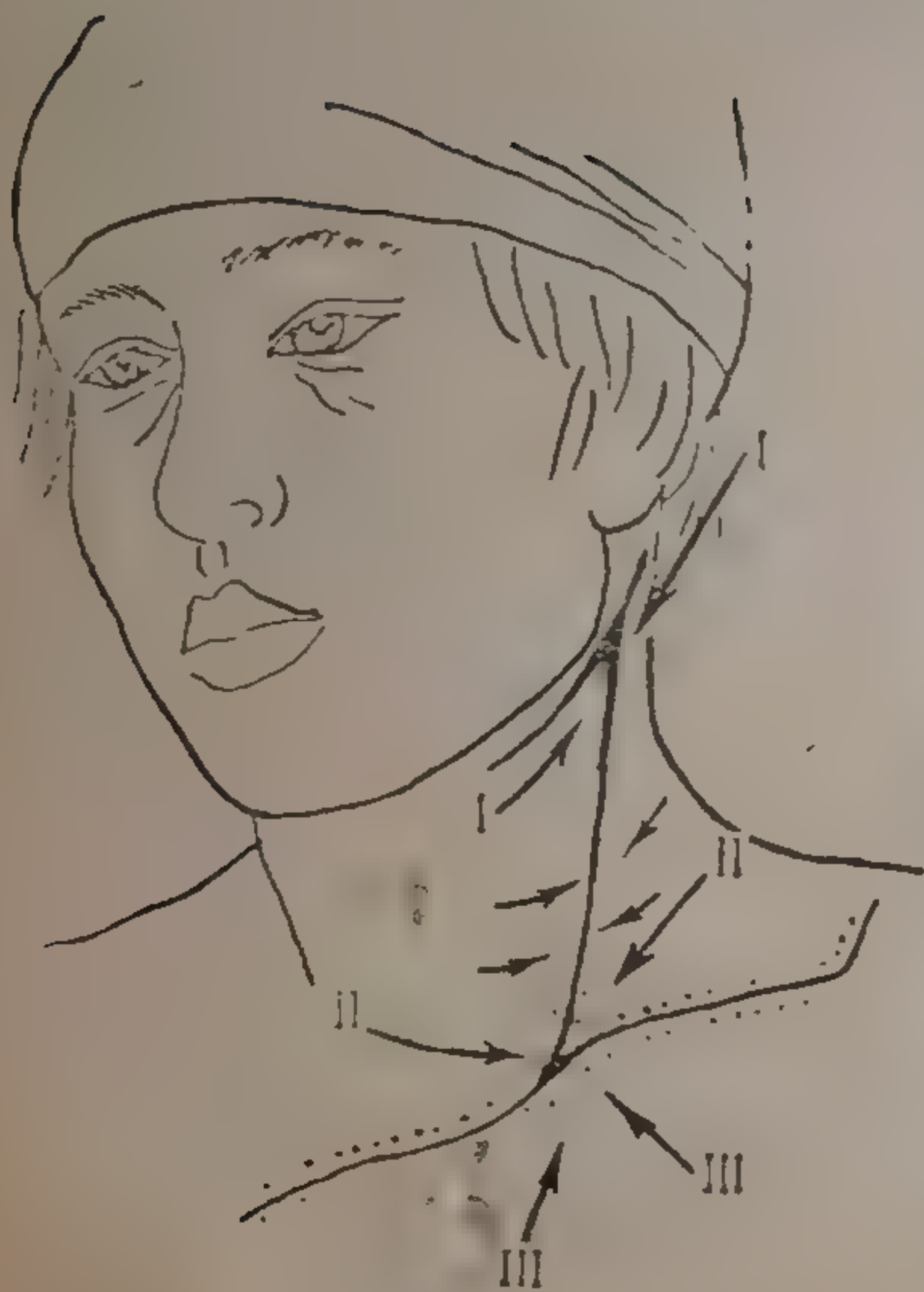


Рис. 68



Рис. 69

ный. На рис. 66 вид больной 20 декабря 1929 г. Фотография прислана больной по нашей просьбе; одновременно больная известила письмом о полном удовлетворении результатом операции.

Случай 15



Рис. 70



Рис. 71



Рис. 72



Рис. 73

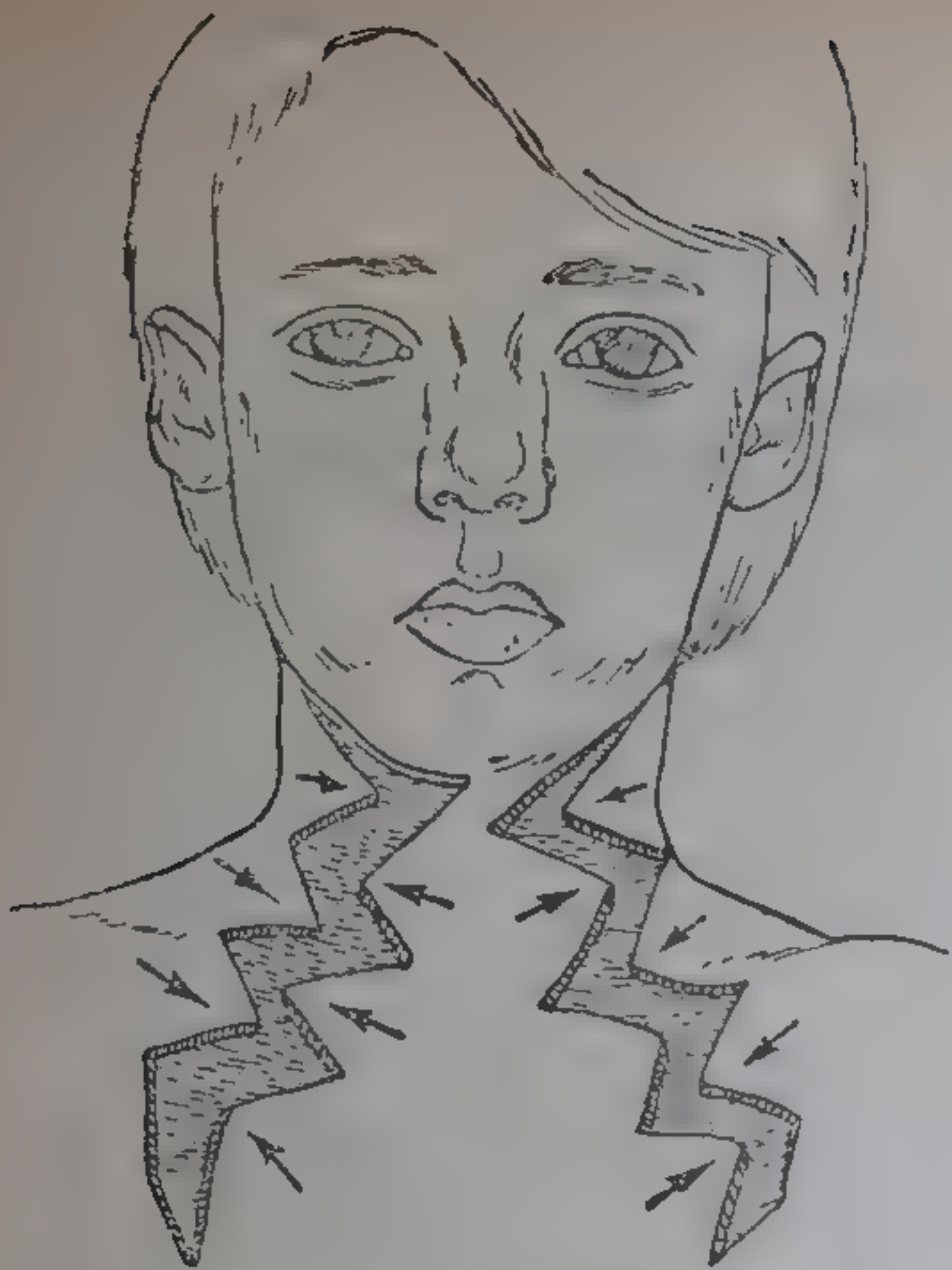


Рис. 74

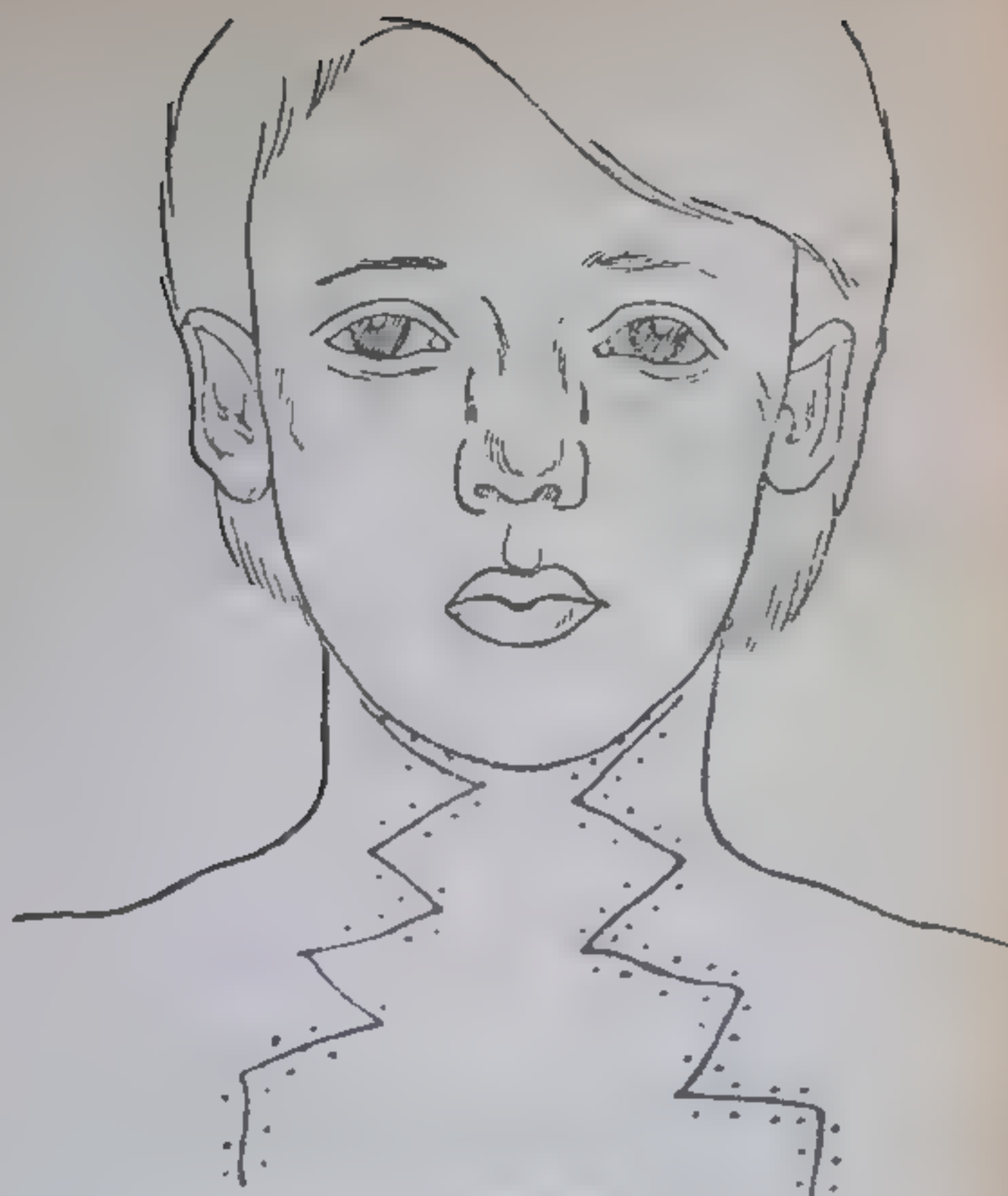


Рис. 75

Больная К., 14 лет. Получила в раннем детстве ожог кипятком шеи, груди и живота. В результате обширный рубец, который начинается по нижнему краю челюсти, идет к надключичным ямкам, давая два симметричных тяжа, идущих от подбородка к середине ключицы. Контур шеи разрушен, подбородок переходит в плоскость шеи. Движения головы значительно ограничены, особенно кзади. Рубец стягивает вниз кожу лица. Кожа боковых отделов шеи рубцово разрушена и мало подвижна (рис. 70 и 71).

Ввиду наличия рубца в виде тяжей, особенно в боковых отделах, решено произвести операцию по способу Морестена (Morestin).

18 ноября 1933 г. операция. Общий эфирный ректальный наркоз. Рубцовые тяжи расслоены на два листка разрезом по их переднему краю; затем выкроены треугольники по Морестену так, как это показано на рис. 74.

Оконтурив шею напряжением основных тяг на месте перехода шеи в соседние плоскости, остальные треугольные лоскуты сшили конским волосом (рис. 75). Гладкое послеоперационное течение.

На рис. 72 и 73 результат операции. Функциональный результат неплох, однако недостаточно оформлен переход подбородка в контур шеи, и следует продолжить исправление. Больная и родители удовлетворены результатом и отклонили наше предложение на этот счет.

Случай 16

Больной А., армянин, 19 лет, садовод. Получил в детстве обширный ожог кипятком лица, передней поверхности шеи и груди. Боковые отделы лица вдоль раны нижней челюсти и подбородка заняты рубцом. Растительность отсутствует. С подбородка рубец опускается вниз в виде массивного тяжа, притянувшего подбородок к груди. Далее рубец распространяется по правой надключичной ямке к подмышечной впадине, переходя частью на плечо. Правая ушная раковина припаяна задней поверхностью к коже головы. Правый угол рта опущен вниз оттягиваемым рубцом, подвижность головы нарушена в значительной степени, голова наклонена вперед и вправо (рис. 76).



Рис. 76



Рис. 77



Рис. 78

При составлении плана операции мы поставили себе целью восстановить кроме подвижности и контура растительность в области подбородка и горизонтальных ветвей нижней челюсти.

15 апреля 1926 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Границы рубца очерчены так, как это показано на рис. 79. Рубец в виде большого лоскута А откинут вниз, имея основание в области яремной вырезки грудины

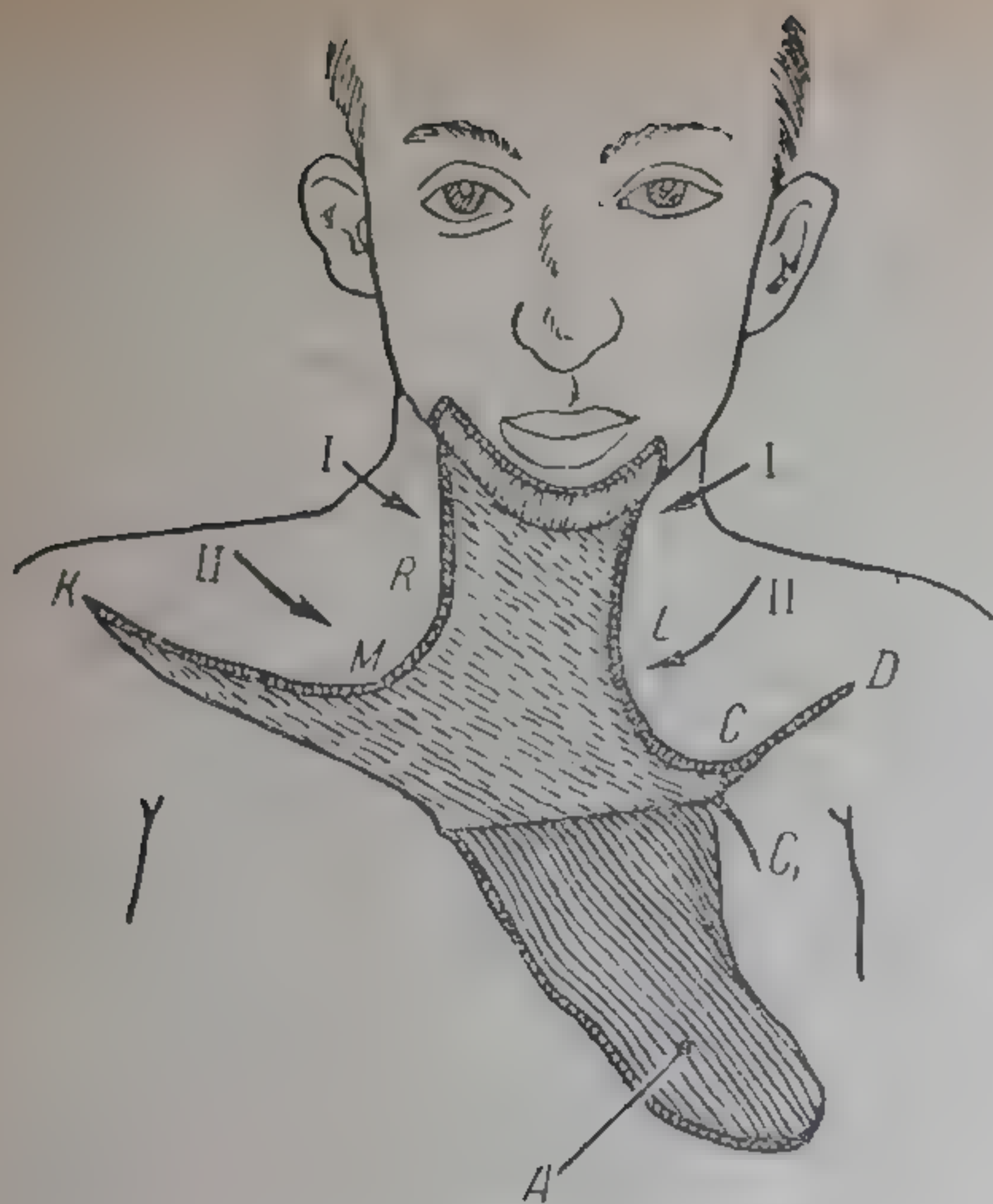


Рис. 79



Рис. 80

(раневая поверхность заштрихована). Голова и шея получили нормальную подвижность и естественный контур. Образовавшаяся раневая поверхность занимает всю переднюю поверхность шеи, подбородок, имея боковыми границами высоту углов нижней челюсти. Для того чтобы оформить нормальный контур шеи, ниже перстневидного хряща широко отслоена кожа боковых отделов шеи, а также надключичных ямок, особенно справа. Для увеличения этой подвижности у нижнего края лоскута *R* (рис. 79) сделан добавочный разрез *МК*. Лоскут *L* получил подвижность благодаря разрезу *D*. Надвигающиеся лоскуты (*R* и *L*) стянуты до соприкосновения после предварительного наложения основных сильных тяг *I* и *II*. Тяга *I* наложена на уровне перстневидного хряща, тяга *II* адаптирует нижние края лоскутов *R* и *L*, вытягивая мысом углы лоскутов. Натяжение в этом направлении оформляет переход шеи в надключичную область, одновременно контурируя нижнюю границу шеи. Тяга *I* оформляет переход формы шеи в подчелюстную область. Благодаря натяжению лоскута *R* (рис. 79, 80) по линии *МК* образовалась раневая поверхность, закрытая частично натяжением краев раны, а в большей части рубцовым лоскутом *A*. Точки соприкосновения тяги *II* уравновешены натяжением тяги *III* (рис. 80).

Остается закрыть раневую поверхность выше перстневидного хряща и рану подбородка, но закрыть так, чтобы лоскут был снабжен растительностью. С этой целью выкроен скальп поперек волосистой части головы. Ножки лоскута располагаются с обеих сторон у ушных раковин, тело лоскута—в области темени. Лоскут на двух ножках в виде забрала сдвинут мимо лица на подбородок и при его помощи закрыта остающаяся часть дефекта. Рана волосистой части головы уменьшена сильными частыми матрасными швами. Это хорошо останавливает кровотечение. Лоскут фиксирован конским волосом. На рану головы наложена вазелиновая повязка.

На рис. 81 и 82 вид больного на 12-й день после операции при смене первой повязки. Все прижилось первичным натяжением. Лоскут покрылся обильной растительностью.

6 мая 1932 г. правая ножка отсечена и возвращена на место, где она вшита в материнскую почву после мобилизации краев (местная анестезия).



Рис. 81



Рис. 82

8 мая 1932 г. отсечена левая ножка и также возвращена на место. Остающаяся рана на темени заживает вторичным натяжением. С 23 мая по 16 июля делались мелкие косметические поправки на лоскуте и пригонка краев лоскута на месте их перехода в кожу лица, коррекция правого угла рта и освобождение правого уха от сращения с кожей головы, а также еще ряд мелких косметических поправок, на которых нет необходимости останавливаться.

Подвижность головы и шеи полностью восстановлена. Контур шеи и подбородка хороший. На рис. 77 и 78 вид больного к 30 сентября 1932 г.

Случай 17

Больная, тюрчанка, 6 лет. Два года назад опрокинула на себя кипящий самовар. Получила ожог волосистой части головы, лица, шеи, груди, затылка живота и левой верхней конечности. Массивный обширный рубец совершенно приковал подбородок к груди в области левой подключичной ямки. Передняя поверхность шеи отсутствует. Основной массив рубца, как бы его центр, располагается в области середины левой ключицы. Сюда припаяна нижняя челюсть, притянута нижняя губа и плечевой сустав. Вследствие этого рот постоянно открыт, челюсти не замкнуты, и ротовое отверстие зияет. Выделяется непрерывно слюна. От этого центра рубец лучеобразно распространяется вдоль левой щеки, направляясь к ушной раковине, нижней губе, плечу, подмышечной впадине. Левая грудная железа и сосок совершенно разрушены. Зубы обнажены. Непрерывно стекающая слюна вызвала на передней поверхности грудной клетки экзему. Движения левой верхней конечности ограничены рубцом, движения головы-шеи и нижней челюсти совершенно невозможны (рис. 83). Неповрежденная кожа располагается в области живота и правой боковой поверхности грудной клетки.

Трудность и сложность восстановления в этом случае обуславливались обширностью разрушения по плоскости, массивностью рубца в глубину и как следствие всего этого — отсутствием в непосредственной близости материала для восстановления.



Рис. 83



Рис. 84



Рис. 85

При составлении плана операции решено: 1) отказаться от всякой местной мобилизации лоскутов шеи (использовать имеющийся шейный рубец было нецелесообразно, так как он представлял массивное, мало протяженное по площади образование); 2) разбить восстановление на три основных акта в следующем порядке: а) передняя поверхность шеи; б) ротовое отверстие, мелкие косметические поправки и с) боковые отделы шеи.

7 августа 1925 г. операция. Общий эфирный наркоз при помощи катетера, введенного в трахею через нос. Проведен разрез от правого до левого угла ниж-

ней челюсти вдоль ее нижнего края. Повсюду окаймляя рубец, на боковых отделах шеи разрез опускается вниз на высоте углов нижней челюсти, слева — несколько латеральнее этой линии. Нижняя граница разреза — на середине грудной клетки. Тщательно высекая рубец, удалось оформить контур подбородка, подчелюстной области, шеи, область надключичных ямок. Благодаря этому голова, нижняя челюсть и нижняя губа принимают нормальное положение и получают естественную подвижность. Нижняя челюсть стала на

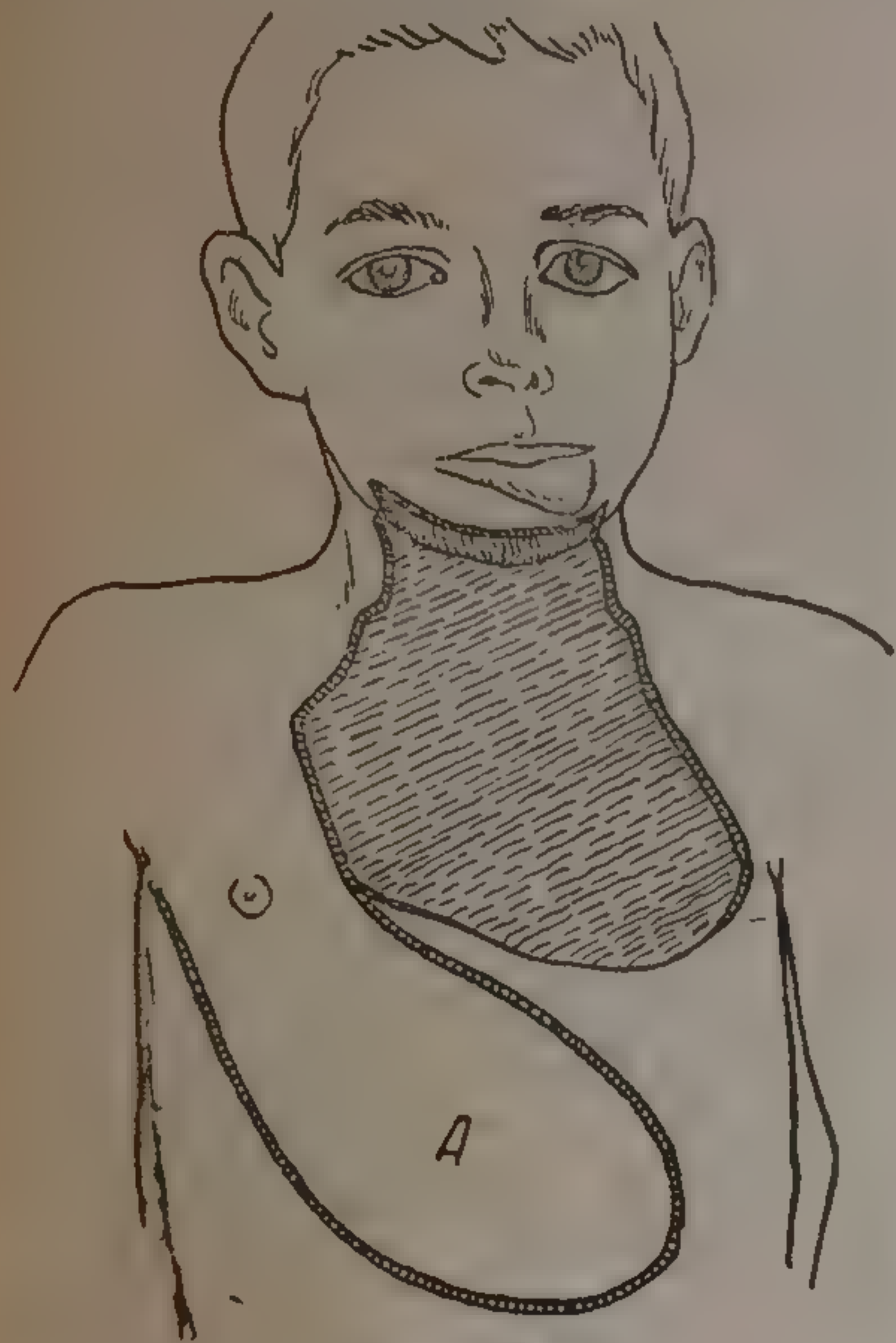


Рис. 86



Рис. 87

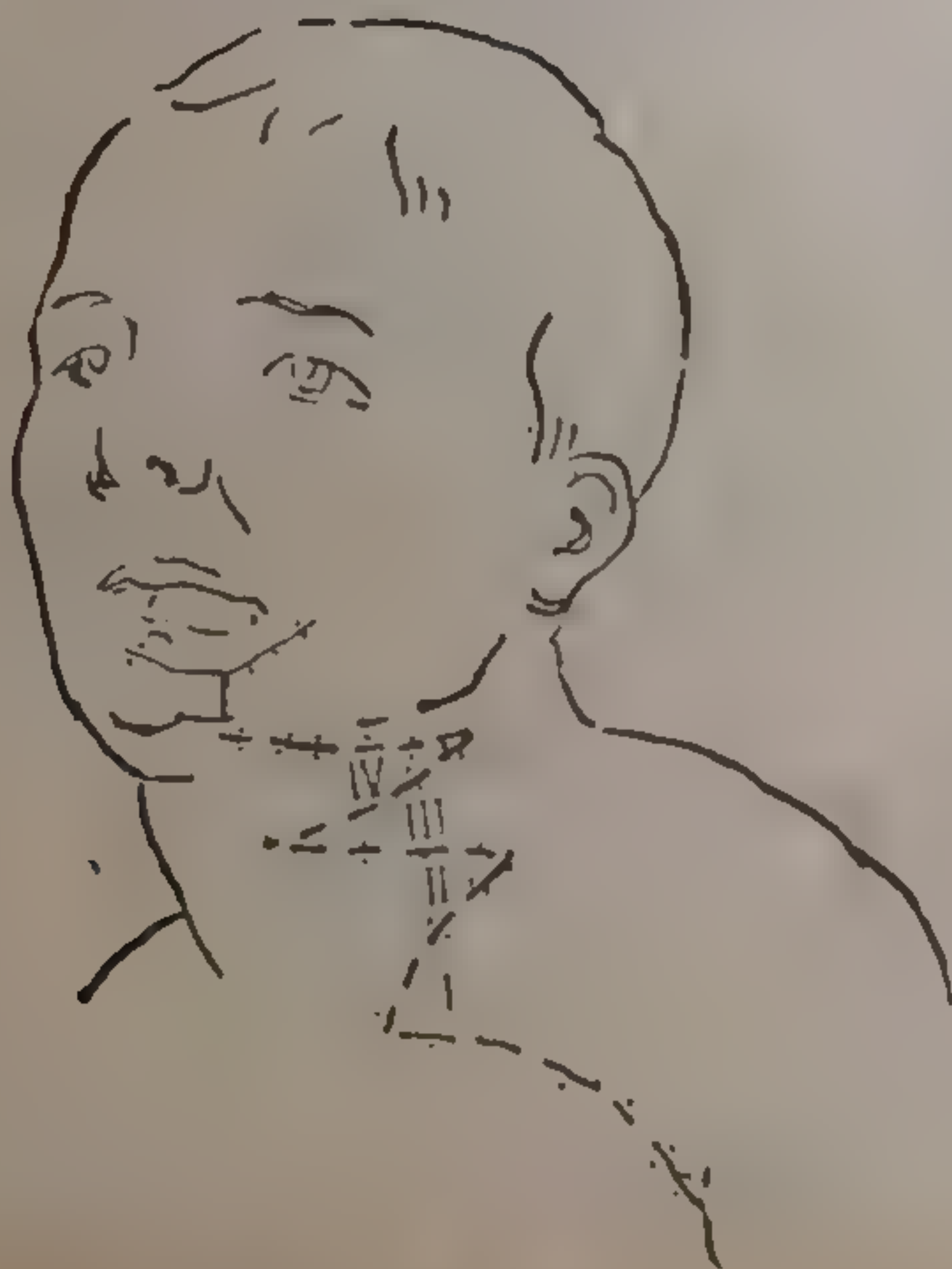


Рис. 88

место, ротовое отверстие замкнулось. Рубцовый лоскут удален вовсе. Для закрытия огромной раневой поверхности, простирающейся от края нижней челюсти до середины груди и от левой сосковой линии до правой парастеральной, образован лоскут основанием в латеральной половине правой подключичной ямки (рис. 86). Тело лоскута А и свободный край на передней поверхности живота несколько выше уровня пупка. Основание лоскута включает в себя грудную железу. Лоскут отделен от подлежащих тканей. Для большей подвижности ножки лоскута грудная железа отслоена вместе с лоскутом от большой грудной мышцы. Лоскут повернут вокруг основания и им прикрыта вся раневая поверхность на месте удаленного рубца. По линии наибольшего натяжения лоскут фиксирован шелковыми швами, в остальном — конским волосом. Вместе с ножкой лоскута переместилась выше и грудная железа. Раневая поверхность на месте взятого лоскута стянута почти повсюду матрасными швами. Остающийся непокрытым небольшой треугольник прикрыт тиршевскими трансплантатами с правого бедра.

Лоскут А прижыл первичным натяжением. Небольшой абсцесс под лоскутом в нижней половине, образовавшийся в последующем течении, ликвидирован разрезом.

На рис. 87 результат операции. Передняя поверхность шеи начерно намечена. Лангеровские бороздки лоскута в центральной своей части идут поперечно к длиннику шеи. Голова приняла относительно нормальное положение. Ротовое отверстие замкнуто, прекратилось непроизвольное слюнотечение, остаются выворот красной каймы нижней губы и большие рубцовые тяжи в боковых отделах шеи обеих сторон, особенно слева. Указанные тяжи идут по границе соприкосновения кожи шеи и пересаженного лоскута.

Второй акт восстановления состоял из множества мелких и средних косметических поправок: ушной раковины, нижней губы, выворота красной каймы крыла носа, возвращения грудной железы в ее нормальное положение и т. д.

5 октября 1925 г. разрезом по наружному краю вывернутой красной каймы нижней губы последняя установлена в нормальное положение. Образовавшийся полулунный дефект закрыт свободным вольфовским трансплантатом с внутренней поверхности правого плеча. Трансплантат фиксирован конским волосом и прижатый к воспринимающей почве каучуковой губкой прижыл первичным натяжением. Губа и красная кайма снова получили нормальный рисунок.

5 января 1926 г. по возвращении больной в клинику — операция. Общий эфирный наркоз при помощи катетера в трахею. Удален частично рубец, идущий слева от челюсти к ключице. Операция выполнена по типу операций Морестена в несколько расширенном виде. Для получения большей подвижности треугольных лоскутов широко мобилизована кожа шеи и надключичной ямки по обеим сторонам от линии разреза.

Схема операции дана на рис. 88 Первичное заживление.

1 апреля 1926 г. операция. Общий эфирный наркоз. Восстановлен правый боковой контур шеи при помощи перемещения треугольных лоскутов.

Окончательный результат операции на рис. 84 и 85 непосредственно перед выпиской из клиники.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ОБЛАСТЬ ПОДБОРОДКА. НИЖНЯЯ ГУБА

Эта глава содержит описание восстановления повреждений мягких тканей подбородка и нижней губы.

Все относящиеся сюда разрушения могут быть разделены на четыре больших группы.

Группа первая—это те случаи, где имеется чисто рубцовое обезображивание без потери тканей. Восстановление в этих случаях не представляет значительных трудностей.

Сюда относятся вдавленные рубцы, разрывы красной каймы, рубцовые деформации нормальных контуров и т. д.

Иссечение рубца, мобилизация тут же по соседству жира, сшивание адекватных точек между собой—все это приносит непосредственный хороший эффект.

Группа вторая—это случаи, где кроме рубцового обезображивания имеется разрушение мягких тканей той или иной степени, например потеря красной каймы и части тела губы, губной бороздки, выстилки и т. д.

В этих случаях следует составить план восстановления с обязательным использованием оставшихся «местных» ресурсов и их эластичности для построения недостающей части с добавлением при необходимости материала из окружающих дефект тканей, который по своей фактуре идентичен нижней губе: для красной каймы—слизистую внутреннюю поверхность верхней губы, для выстилки—слизистую щек и для наружного покрытия—окружающую кожу в виде лоскутов вокруг дефекта, например опускающихся назо-лабиальных лоскутов или каких-либо других местных мобилизаций.

Группа третья—сюда относятся случаи, где совершенно разрушена нижняя губа. Восстановление в этих случаях представляет более трудную задачу. Желательно и здесь план восстановления составить таким образом, чтобы ткани, идущие на построение нового органа, по фактуре материала были аналогичны нижней губе. Только там, где это невозможно, прибегают к переносу на лицо кожи с груди у женщин и скальпа—у мужчин.

Новая губа должна повторять анатомически не только рисунок, но и строение слоев. Мы различаем в нижней губе следующие схематические части: 1) тело губы, состоящее из наружного покрытия—кожи, промежуточной опорной ткани—мышц, сосудов и внутренней поверхности выстилки—слизистой; 2) свободный край губы—красную кайму, *vermillion*; 3) губную канавку—*sulcus labialis*—пространство между зубами и внутренней поверхностью губы. Канавка эта служит резервуаром для слюны.

Новая губа должна иметь все эти части. Особое внимание следует уделить образованию достаточно глубокого *sulcus labialis*, так как в противном случае после операции у больного остается непроизвольное слюнотечение.

При отсутствии зубов или выраженной деформации нижней челюсти необходимо до операции построить протез, воспроизводящий нормальный прикус. Это—с одной стороны. С другой—протез должен служить опорой новой губе; которая, располагаясь на нем, повторит нормальный рисунок этой части лица.

В этих же случаях необходимо позаботиться о достаточной глубине губной канавки, так как протез сидит хорошо только тогда, когда *sulcus labialis* построен нормально.

Наконец к четвертой группе относятся случаи, где одновременно с повреждением мягких тканей имеются разрушения подбородочной части нижней челюсти. Восстановление таких повреждений является наиболее сложной задачей.

Полное заживление раны мягких тканей и челюсти—это обязательное условие для успеха. К костной пластике не следует прибегать ранее, чем через полгода после полного заживления первоначальной раны.

Для образования подбородочной дуги мы предпочитаем пользоваться ребром. Необходимо восстановить нормальный прикус при помощи косой плоскости, например по Зауэру (Sauer), и временных протезов. Иногда для этого приходится разбить план на несколько этапов: вначале освободить фрагменты от рубцов и подготовить пересадкой мягких тканей ложе для трансплантата.

Помощь зубного врача-протезиста в этих случаях особенно необходима.

Подробнее о восстановлении нижней челюсти см. в главе VII—нижняя челюсть.

Случай 18

Больная О., 50 лет. В августе 1925 г. мы удалили у нее раковую язву в области подбородочной впадины, одновременно вылушив и шейные железы. Так как при удалении распадавшейся язвы была вскрыта полость рта,—и к тому же у больной *pyorrhea*,—мы не сочли возможным тогда же приступить к пластическому восстановлению дефекта. Сейчас пациентка свободна от рецидива.

Вследствие большого выворота нижней губы у нее непроизвольное слюнотечение (рис. 89).

8 августа 1926 г. операция. Местная анестезия. Красная кайма по краю очерчена разрезом и достаточно мобилизована кверху; при этом вскрыта полость рта. Рана слизистой зашита кетгутом. Для удержания губы в ее нормальном положении выкроен слева опускавшийся назо-лабиальный лоскут А (рис. 91). Лоскут повернут вокруг своего основания на 90° и уложен на дефект под нижней губой. Для более точной адаптации лоскута с воспринимающей



Рис. 89



Рис. 90

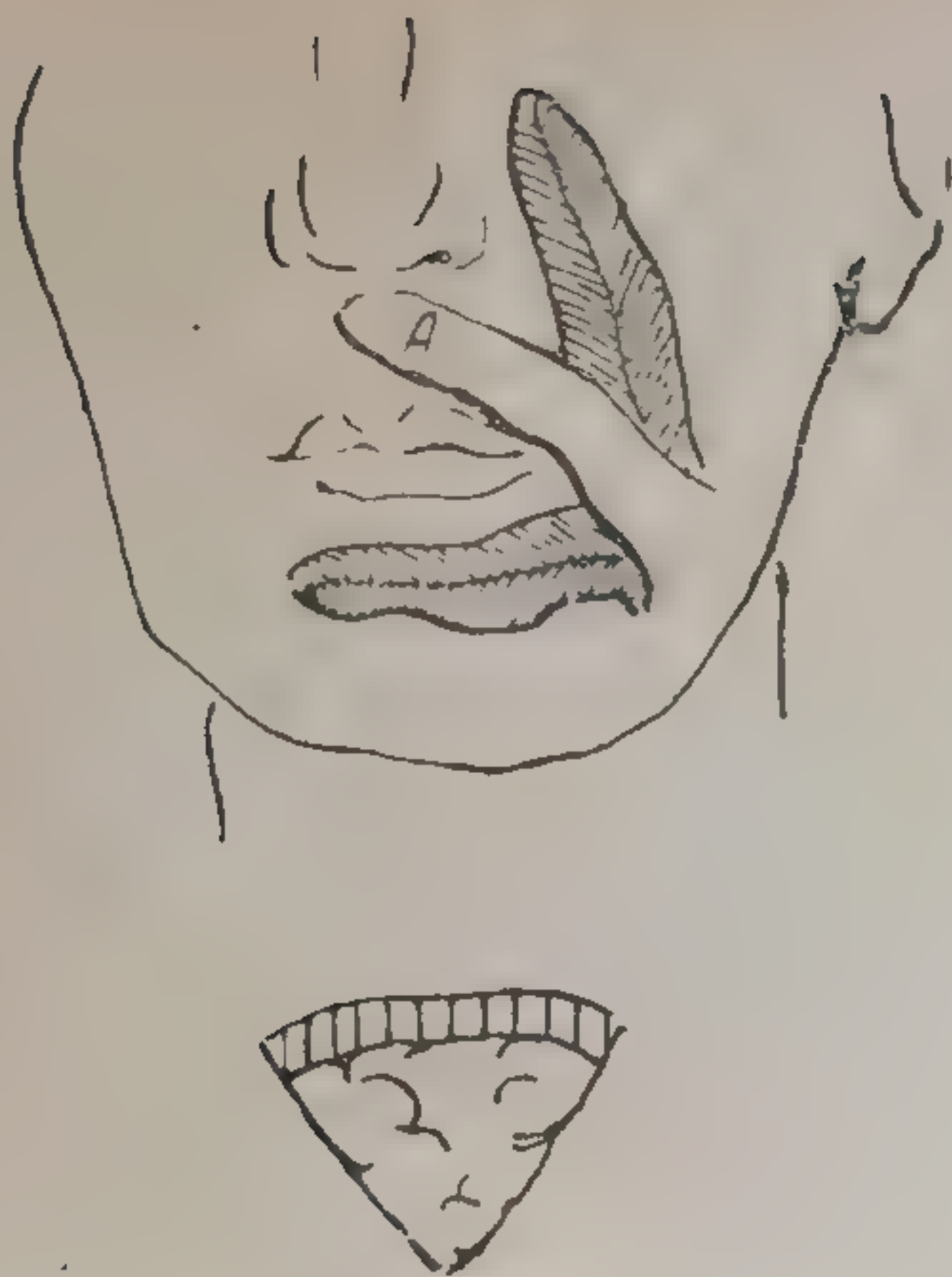


Рис. 91

почвой поперечное сечение его выкроено в виде треугольника (см. нижнюю половину рис. 91). Легкое нагноение под пересаженным лоскутом ликвидировано без особого труда теплыми компрессами и застойным бинтом по Бирю (Bier).

Рис. 90 дает представление о результате операции к моменту выписки из отделения. Лоскут отечен. Остается небольшое опущение нижней губы. Непроизвольного слюнотечения однако уже нет.

Неполный успех операции следует приписать двум обстоятельствам: 1) при реконструкции слизистой оболочки нижней губы не была принята во внимание недостаточная глубина *sulcus labialis*; необходимо было углубить ее при помощи лоскутов слизистой на ножке с боковых отделов щеки или вкладкой по Эссеру; 2) нагноение, хотя и умеренное, оказало свое действие на наружный лоскут А: он отечен и слегка сморщен внутри.

Дальнейшие исправления больная отвергла.

Случай 19



Рис. 92



Рис. 93

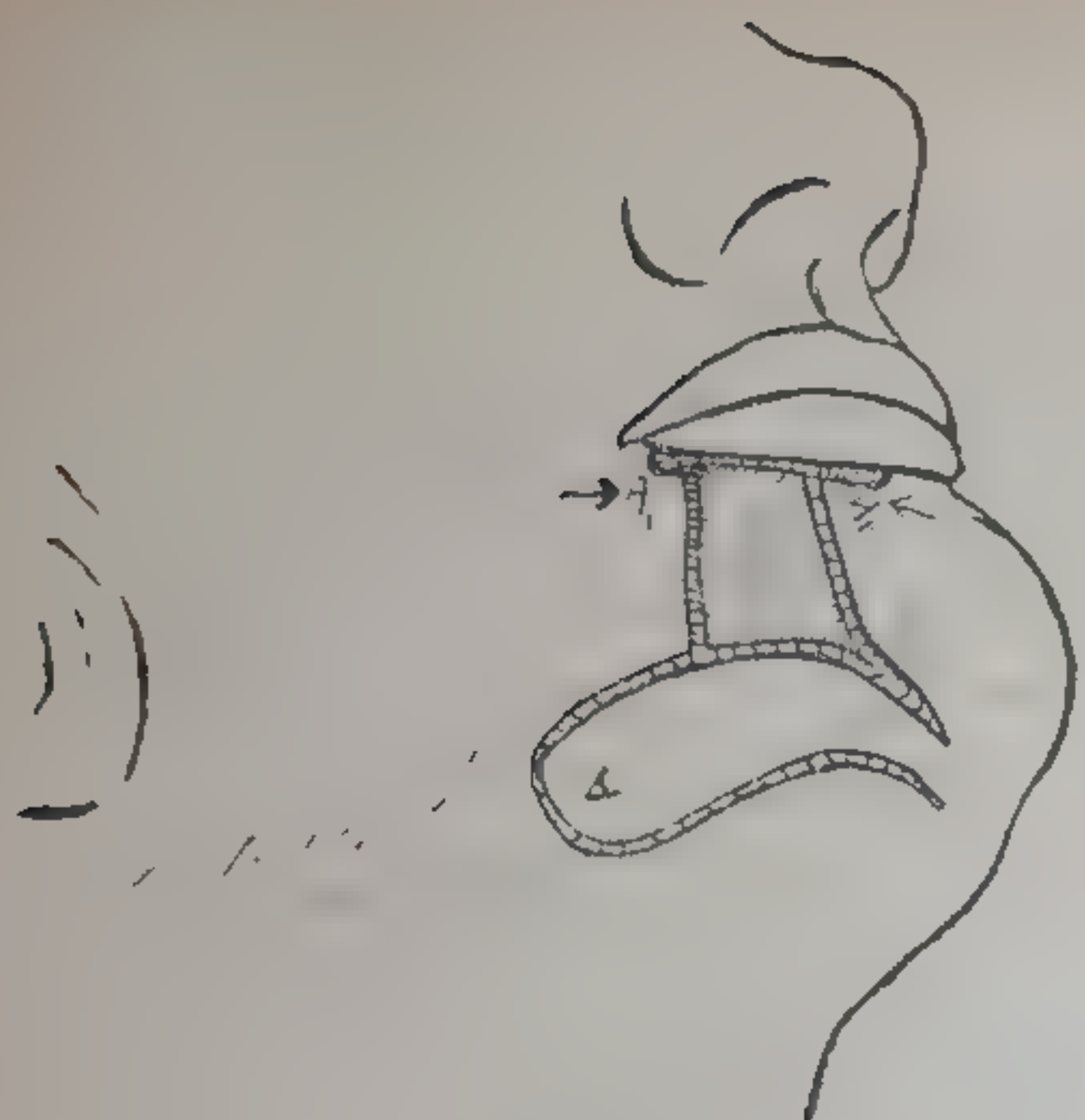


Рис. 94.

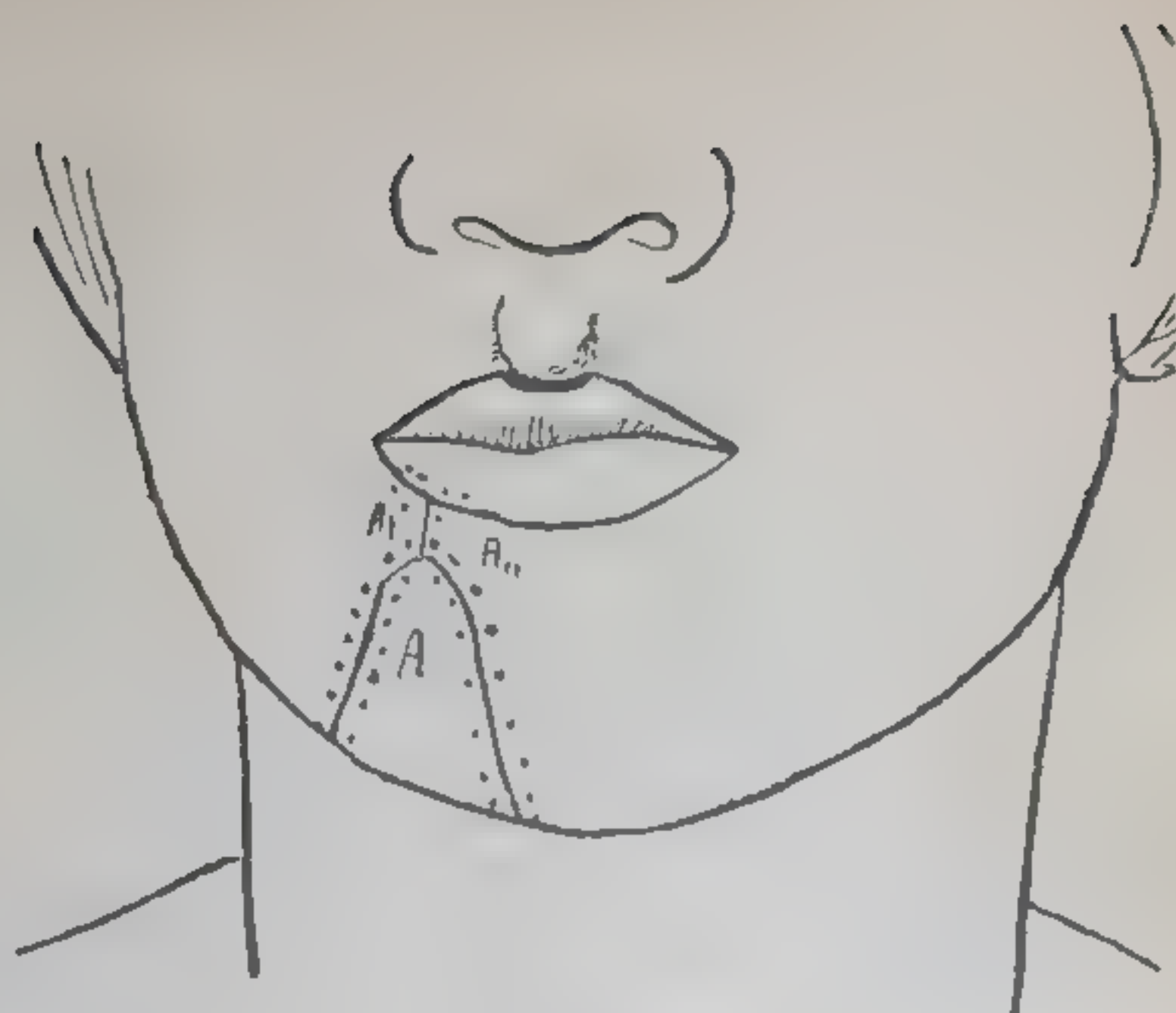


Рис. 95

Больная Г., школьница, 14 лет. Шесть лет назад перенесла сибирскую язву в области подбородка, в результате чего в области правой половины нижней губы и подбородка образовался рубец, плотно спаянный с нижней челюстью. Рубец оттягивает нижнюю губу вниз, обнажает зубы и создает асимметрию подбородка (рис. 92).

План восстановления состоял из двух частей: необходимо было поднять оттянутую часть нижней губы выше и уничтожить асимметрию подбородка, убрав рубец.

9 июня 1926 г. операция. Местная анестезия. Тщательно иссечен рубец, плотно спаянный с костью так, как это показано на рис. 94. Параллельно нижнему краю нижней челюсти, на нижней поверхности подбородка выкроен лоскут А (рис. 94), содержащий жировую клетчатку. Лоскут повернут на 90° вверх и им закрыто три четверти раневой поверхности на подбородке. Раневая поверхность выше лоскута закрыта стягиванием краев раны по направлению A_I и A_{II} (рис. 95). Эти швы своим натяжением поднимают выше опущенную красную кайму.

Раневая поверхность на месте взятого лоскута закрыта стягиванием краев раны обычно хорошо подвижной кожи шеи. Были наложены погружные кетгутовые швы, на кожу из конского волоса.

13 июня 1926 г. швы сняты. *Prima intentio*. Хороший косметический результат.

На рис. 93 вид больной через год после операции.

Случай 20

Больной Г., русский, 45 лет, крестьянин. Поступил в отделение по поводу раковой опухоли нижней губы. Опухоль существует около года. За последние 2—3 месяца она изъязвилась и легко кровоточит. Шейные и подбородочные железы не прощупываются.

На рис. 96 вид больного при поступлении в отделение.

Удаление опухоли и вылущение регионарных желез не представляло никаких трудностей.

17 апреля 1928 г. операция. Местная анестезия. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей. После ее удаления остался дефект, занявший весь свободный край нижней губы, иначе говоря, отсутствовали красная кайма и небольшая часть тела губы.

Способ образования красной каймы при помощи слизистой противоположной губы следует описать подробнее, так как это типичная операция, которой приходится часто пользоваться.



Рис. 96



Рис. 97

В данном случае лоскут берут с верхней губы для нижней. Вблизи углов рта сквозь всю толщу верхней губы симметрично прокалывают две шелковые лигатуры ближе к свободному краю, при помощи которых губа хорошо натягивается вперед и выворачивается кверху для того, чтобы представить ее внутреннюю поверхность. Проводят продольный разрез вблизи лабио-гингивальной складки. Два вертикальных разреза по краям горизонтального очерчивают прямоугольный лоскут слизистой, основание которого находится у свободного края губы.

Лоскут свободным краем опускают вниз и пришивают таким образом, что основание его подшивается к внутреннему краю раны нижней губы, а свобод-



Рис. 98



Рис. 99

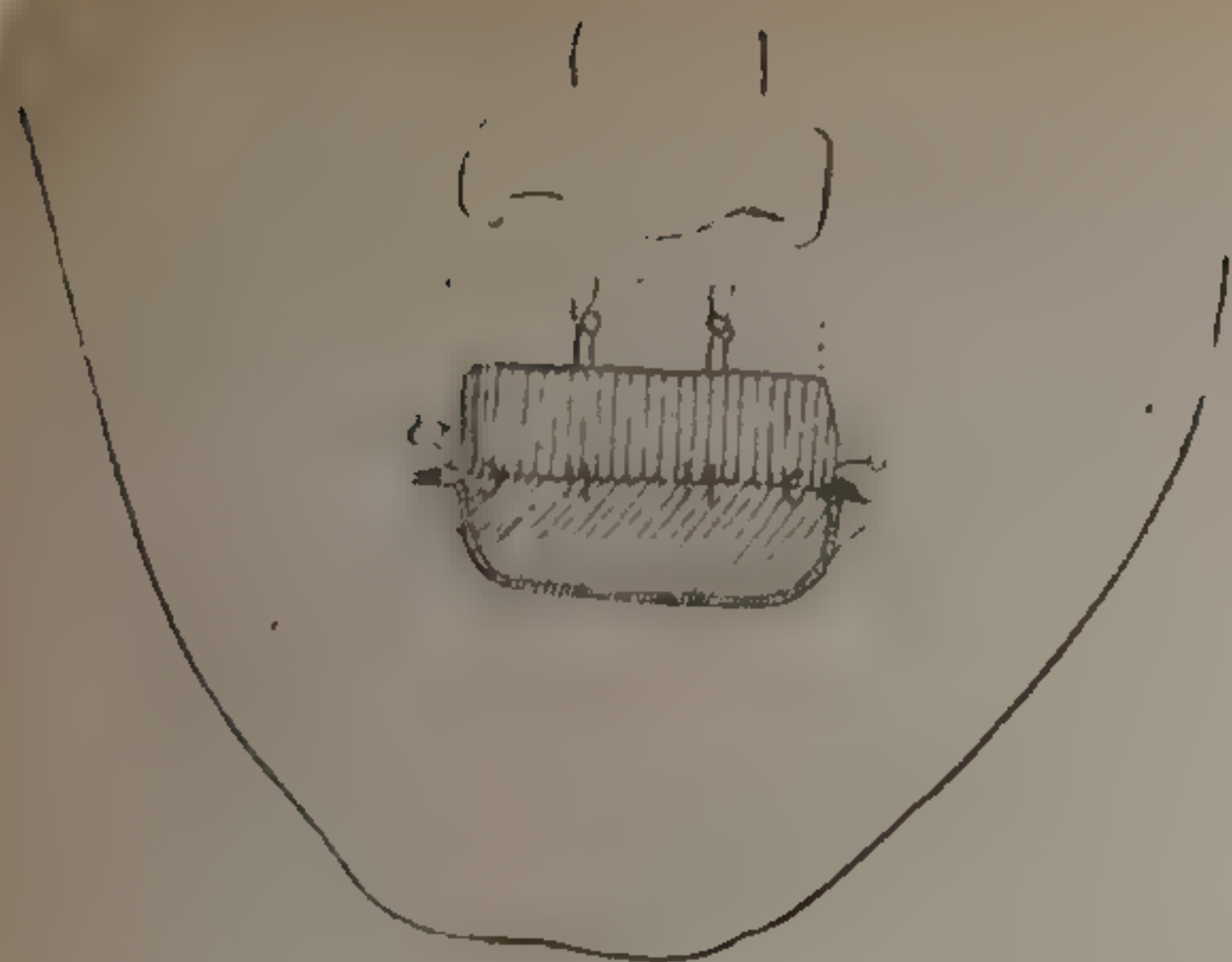


Рис. 100

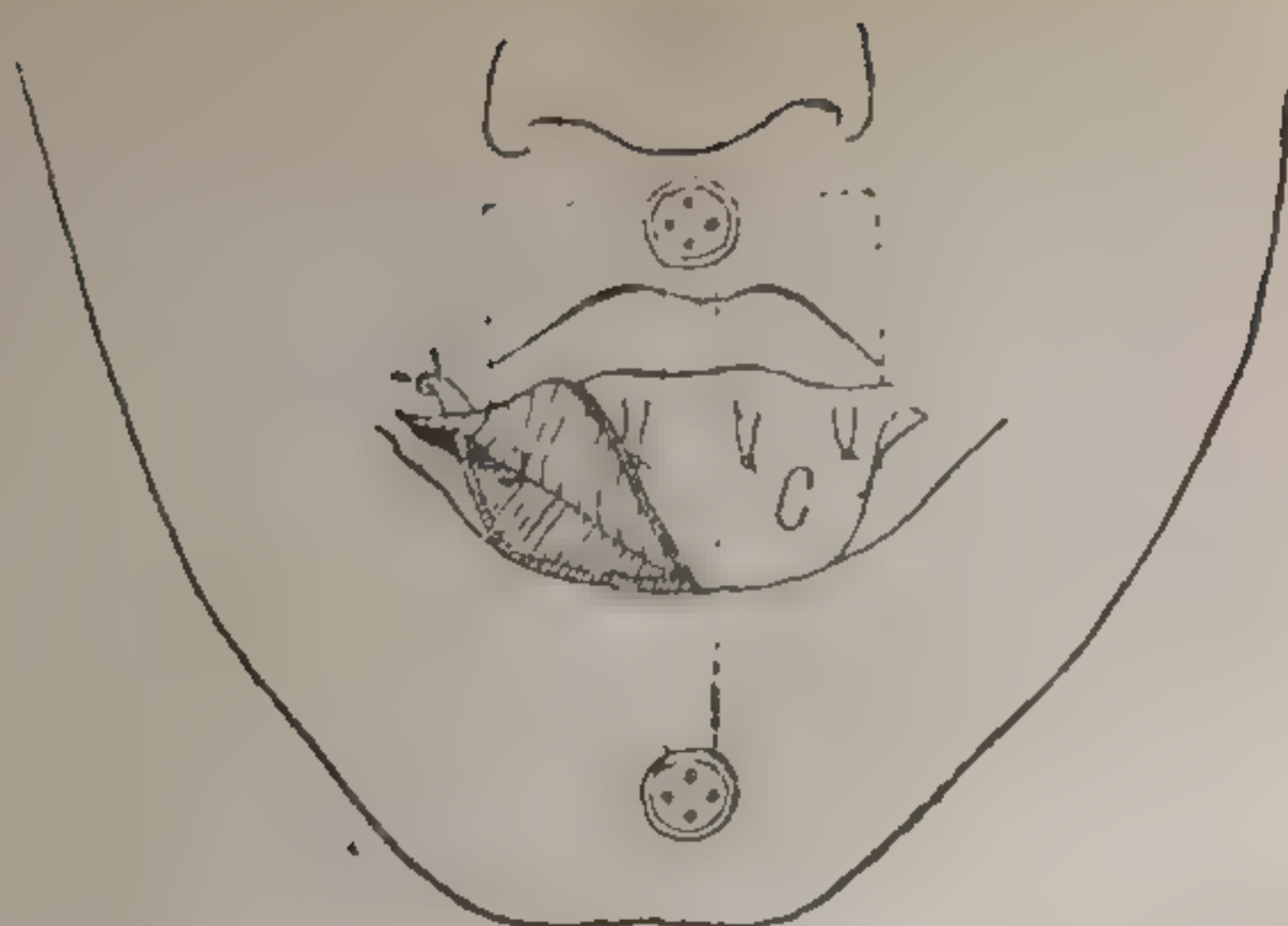


Рис. 101



Рис. 102

ный конец—к наружному (рис. 98, 99, 100, 101 по Джилльсу). Ротовое отверстие запирается на 8—9 дней пуговичным швом. Питание—жидкая пища в изобилии через катетер, введенный в рот через уголок. На 11—12-й день ножка лоскута пересекается. Косметика на верхней и нижней губах.

На рис. 102 вид больного после снятия швов. Первичное натяжение. Лоскут слизистой прекрасно прижился.

27 сентября 1928 г. ножка лоскута пересечена. Остаток ножки возвращен на место и подшит кетгутовыми узловатыми швами. Лоскут слизистой, пересаженный с верхней губы на нижнюю, имеет совершенно нормальную окраску, губа приобрела нормальный контур.

На рис. 97 результат операции при выписке 15 октября 1928 г.

Случай 21

Больной, перс, 35 лет, рабочий нефтяных промыслов. Два года назад во время ссоры получил несколько кинжальных ран. Одной из ран была рассечена поперек нижняя губа слева, вблизи угла рта (рис. 103).



Рис. 103



Рис. 104



Рис. 105

27 июня 1928 г. операция. Местная анестезия. Иссечен рубец. Красная кайма мобилизована двумя разрезами параллельно ее нижнему краю. Разрезы проникают через всю толщу губы. Затем образованы 3 лоскута *A*, *B*, *C* (рис. 106). Лоскуты *B* и *C* своим натяжением поддерживают красную кайму, края которой образованы по типу операции Миро (Mirault). Лоскут *A* служит основанием для двух предыдущих лоскутов *B* и *C*.

Стрелки на рис. 106 и 107 показывают направление глубоких кетгутовых швов. На кожу положены швы из конского волоса.

На рис. 104 и 105 результат операции.

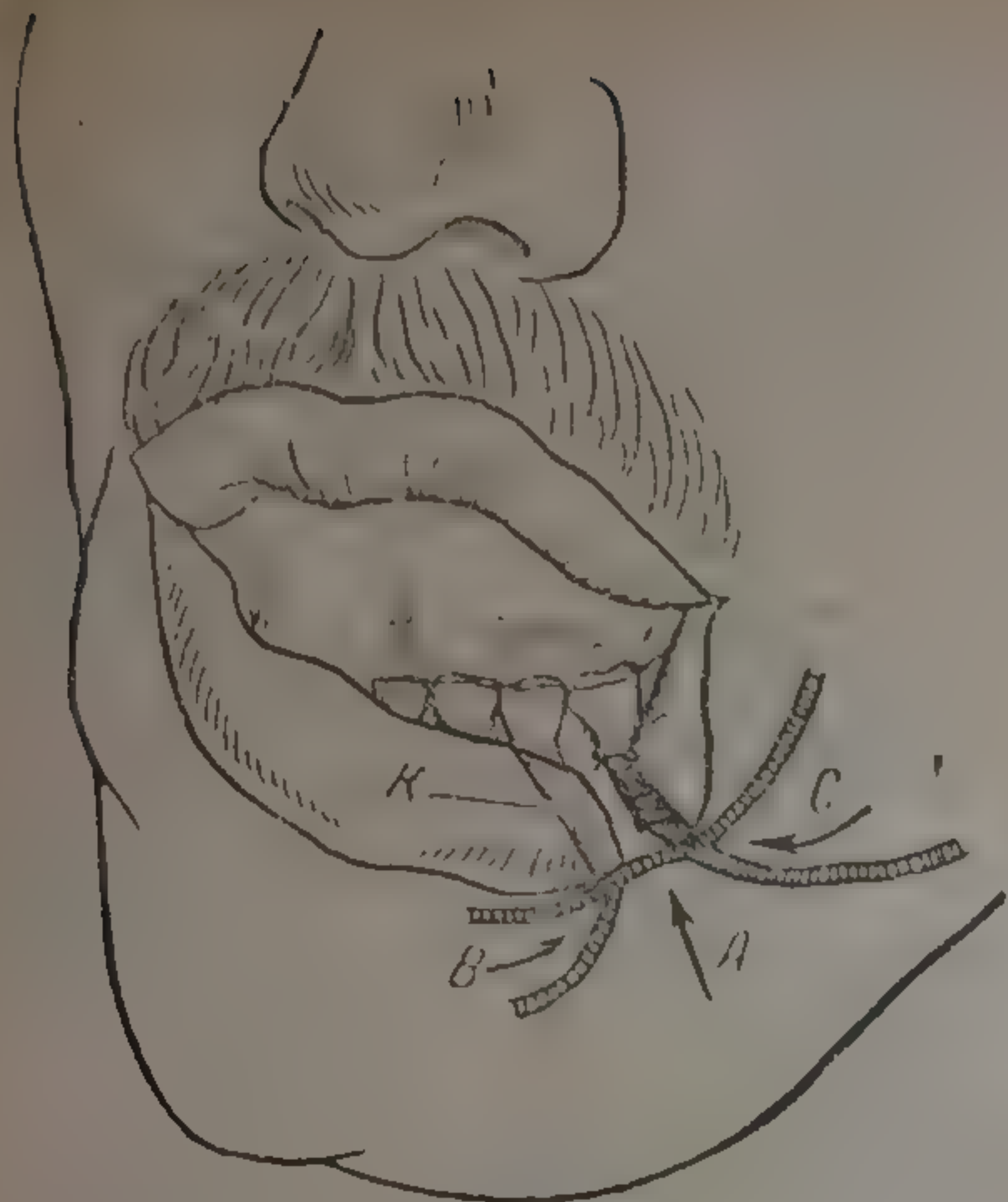


Рис. 106

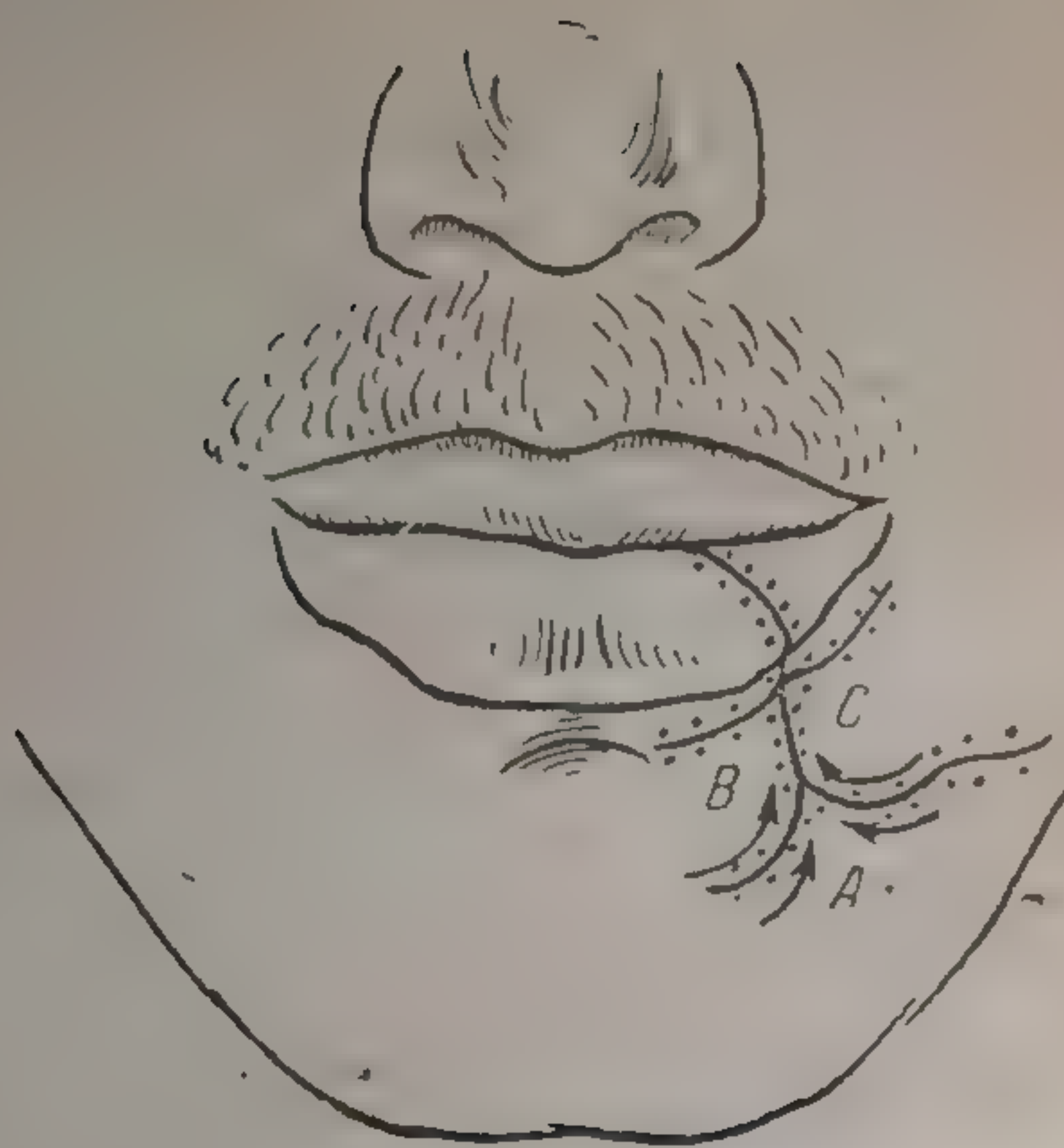


Рис. 107

Случай 22

Больной А., мальчик, 14 лет. Перенес в раннем детстве какое-то острое заболевание, осложнившееся гангреной губы. В результате—обезображенная разрушением нижняя губа:

Вид больного при поступлении в отделение (рис. 108). От нижней губы остается смещенная вниз на подбородок правая половина красной каймы, плотно спаянная с костью и распластанным на ней рубцом. От левой половины остается отрезок длиной 3—5 мм в непосредственной близости к левому углу рта. Пространство между остатками губы занято рубцом, плотно припаянным к кости. Через незамкнутое ротовое кольцо непроизвольно стекает слюна.



Рис. 108



Рис. 109



Рис. 110

Имея в виду наличие правой половины нижней губы, решено максимально использовать ее. Красная кайма, великолепно снабжаемая кровью, обладает большой растяжимостью, что позволяет производить в широких размерах мобилизацию остатков губы: при наличии одной трети губы удастся растянуть остаток на целую губу.

29 марта 1928 г. операция. Местная, блокирующая подбородок анестезия. Остаток правой половины нижней губы A очерчен разрезом и отделен от кости на всем протяжении (рис. 111). Точно таким же образом мобилизован остаток нижней губы A_1 у левого угла рта.

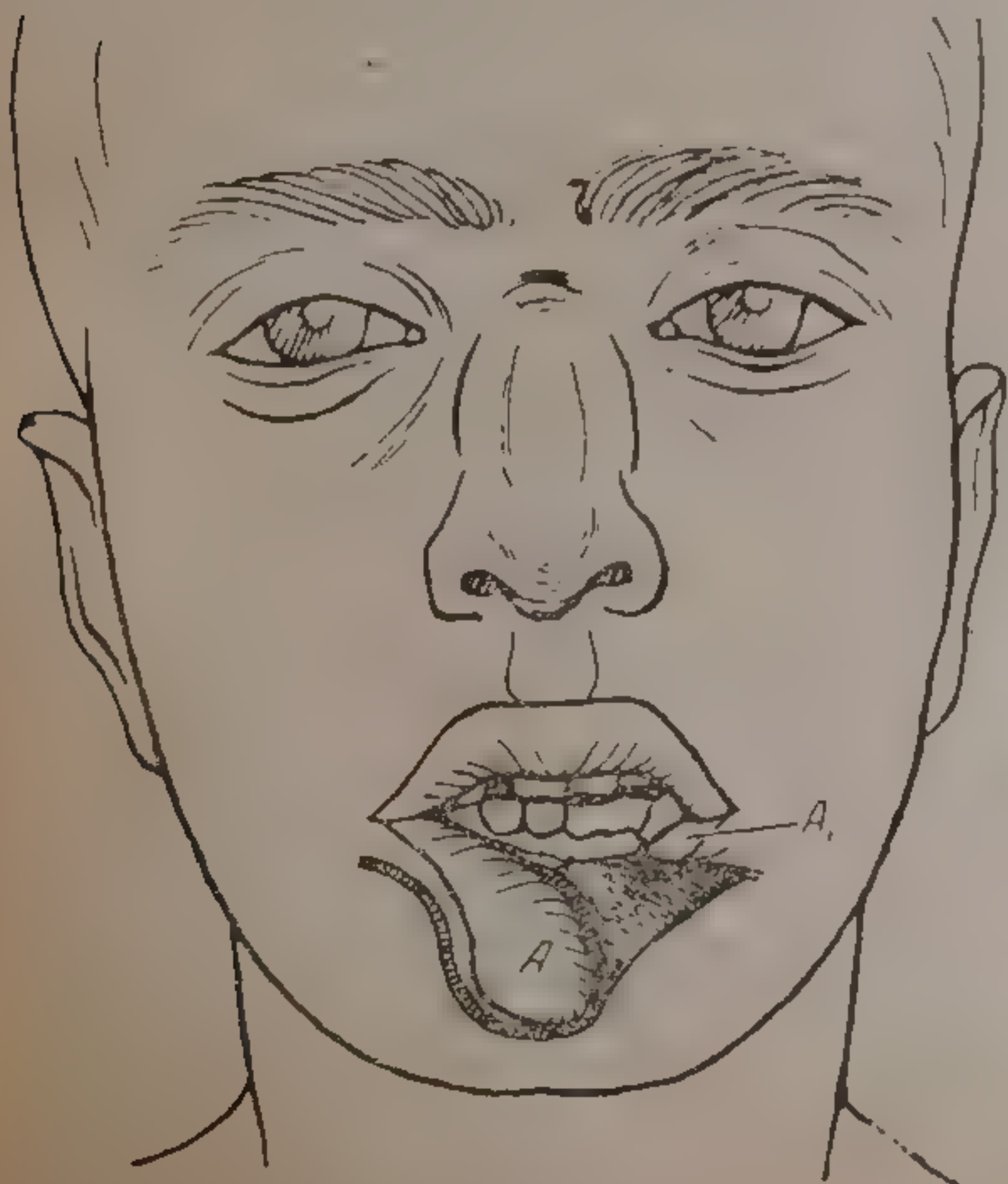


Рис. 111

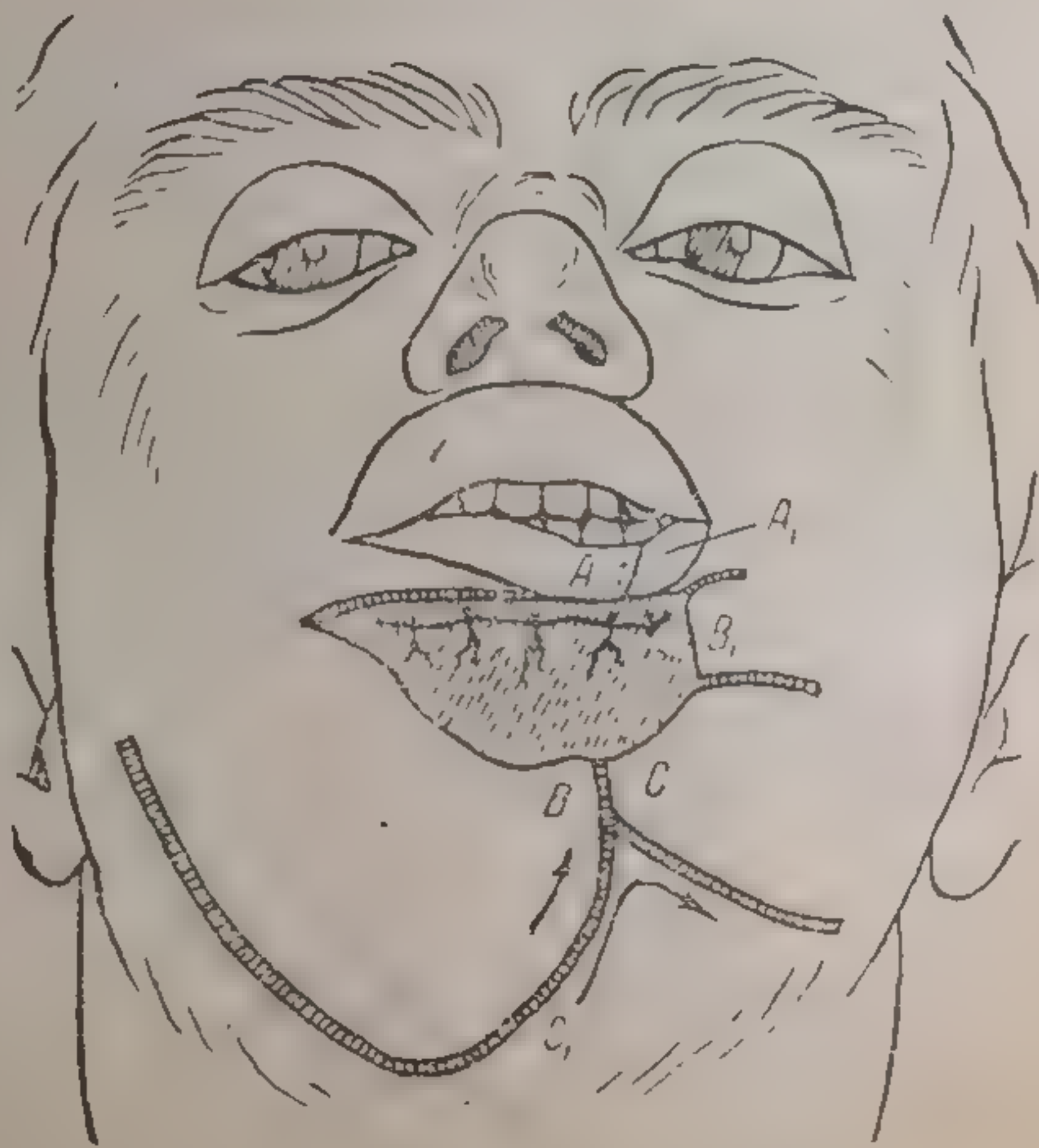


Рис. 112

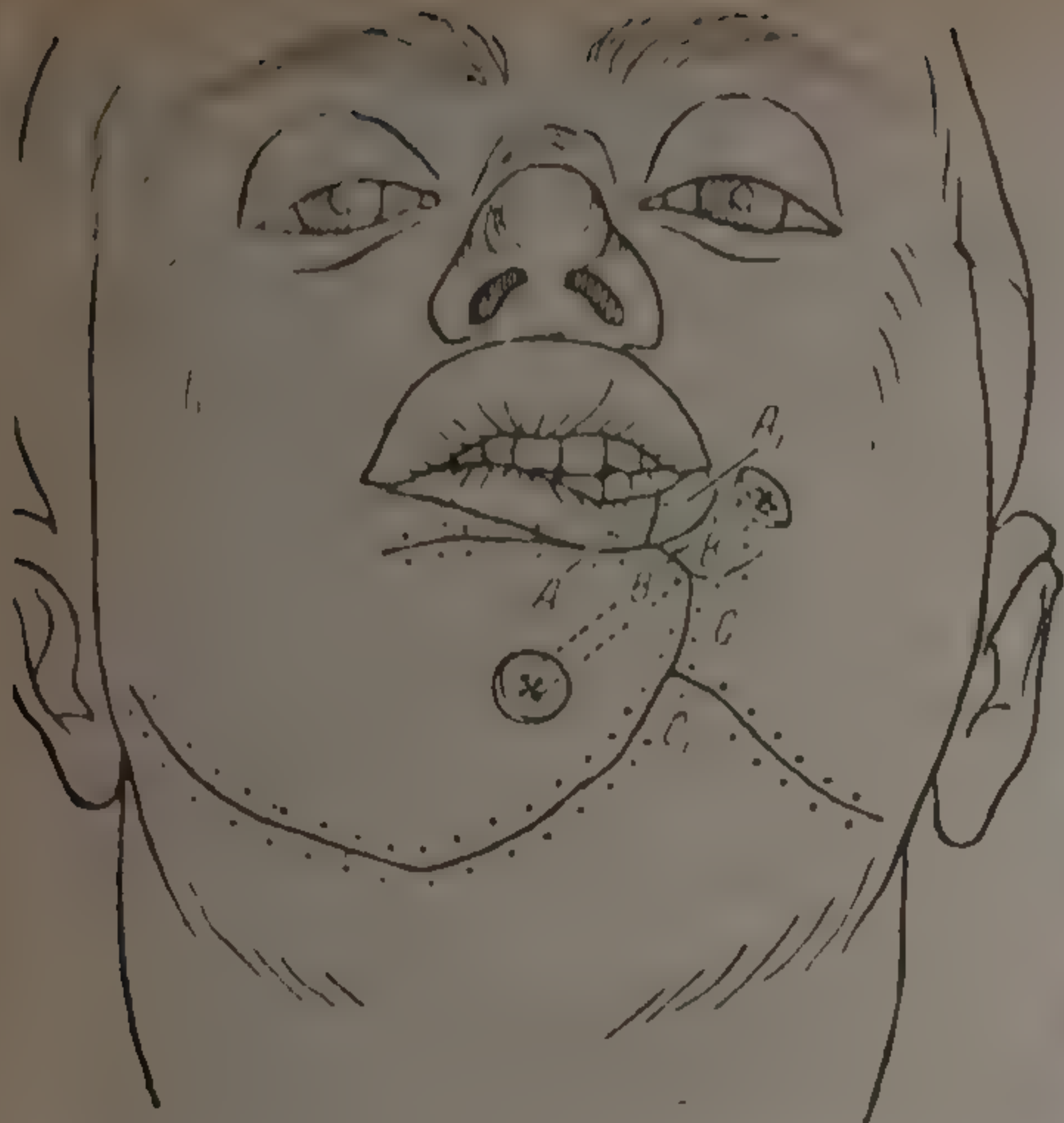


Рис. 113



Рис. 114

Рубец на передней поверхности подбородка и между остатками губы выкроен в виде опрокидывающегося лоскута основанием у корня зубов. Для этого он отсепарирован от кости снизу вверх и повернут свободным краем к будущей губе, а эпителиальной поверхностью — к зубам. Этот лоскут должен служить образованию *sulcus labialis*. Мобилизованные остатки нижней губы *A* и *A₁* сшиты один с другим в два этажа кетгутом и конским волосом.

Слизистый край вновь образованной губы сшит с остатками слизистой на альвеолярном отростке и опрокидывающимся лоскутом (рис. 112). Этим была восстановлена внутренняя поверхность нижней губы и образован достаточно глубокий *sulcus labialis*.

Осталось закрыть образовавшуюся раневую поверхность на подбородке, одновременно имея в виду необходимость при помощи натяжения лоскутов поддержать вновь образованную губу. Для этого восходящий лоскут *B*, отделенный от подлежащих тканей, подшит к лоскуту *B₁* умышленно с большим натяжением (рис. 112 и 113). Натяжение в этом направлении создавало прочную подпорку новой губе. Добавочные лоскуты *C* и *C₁* закрыли остальное (рис. 113).

Стрелки на рис. 112 показывают движение лоскутов и направление основных ситуационных швов при окончательном закрытии раны. На рис. 114 вид больного на третий день после операции.

4 апреля 1928 г. сняты кожные швы. Пуговичный шов оставлен до 10-го дня. Лоскуты прекрасно прижили. Рис. 109 и 110 иллюстрируют результат операции в день выписки больного, 20 апреля 1928 г.

Новая губа обладает всеми мимическими движениями. На рис. 109 хорошо видно, что почти вся красная кайма новой губы построена за счет правой половины.

Случай 23

Больной, тюрк, 28 лет, крестьянин. Несколько лет назад получил удар по подбородку копытом лошади. После лечения у знахаря образовался большой дефект правой половины нижней губы. Левая половина губы сохранилась, рубцом она припаяна к подбородку и стянута вниз. Правый угол рта разрушен. Вертикальный рубец на средней линии подбородка спаив с костью.



Рис. 115

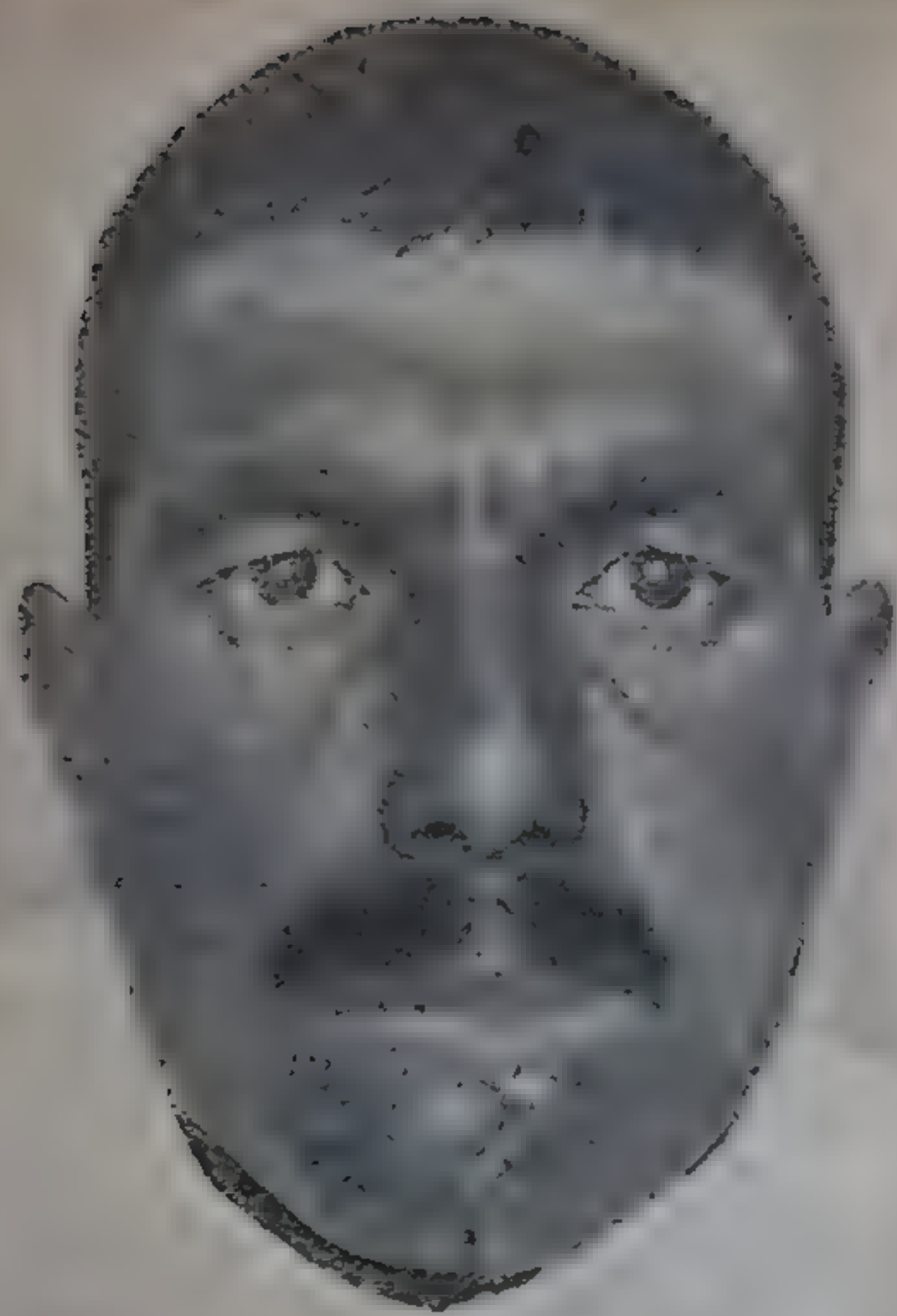


Рис. 116

Невозможность закрыть ротовое отверстие, непроизвольное слюнотечение и невнятная речь привели больного к нам в отделение. Вид больного при поступлении показан на рис. 115.

14 мая 1930 г. операция. Местная анестезия. Чтобы восстановить нормальную губу и устранить непроизвольное слюнотечение, необходимо образовать хорошую переходную складку слизистой.

Для образования *sulcus labialis* выкроен опрокидывающийся лоскут *B* основанием у корня зубов, содержащий по свободному краю остатки рубцовой ткани. Лоскут *B* отслоен от подлежащих тканей и опрокинут эпителиальной поверхностью к зубам (рис. 117). Продолжением разреза влево очерчен остаток губы *A*, совершенно освобожденный от подлежащих тканей. С последними он сохраняет связь в виде сквозной полоски у левого угла рта. При отсечении лоскута *A* со стороны слизистой последняя оставлена на челюсти в виде узенькой полоски по переходной складке, что в последующем должно облегчить пришивание лоскута *A* на место.

Лоскут *A* свободным концом подтянут к освеженной поверхности правого угла рта, где подшит способом, описанным на стр. 135. *Sulcus labialis* образован пришиванием слизистой губы в правой половине к опрокидывающемуся лоскуту *B*, а в левой—к полоске слизистой, оставленной на челюсти.

Эта манипуляция восстановила ротовое кольцо и переходную складку слизистой.

Со стороны полости рта все было закончено. Оставалось закрыть образовавшуюся раневую поверхность, а также натяжением кожного лоскута поддержать губу в нормальном положении.

Продолжая разрез вниз, мы пересекли вертикальный рубец по средней линии подбородка; продолжая этот разрез кнаружи вправо и влево, образовали три лоскута *D*, *D_I* и *C*.

Лоскуты *D* и *D_I* отслоены от кости. Лоскут *D_I* с натяжением вшит в угол между *A* и *D* (рис. 118). Натяжение лоскута *D_I* по горизонтали поддерживает

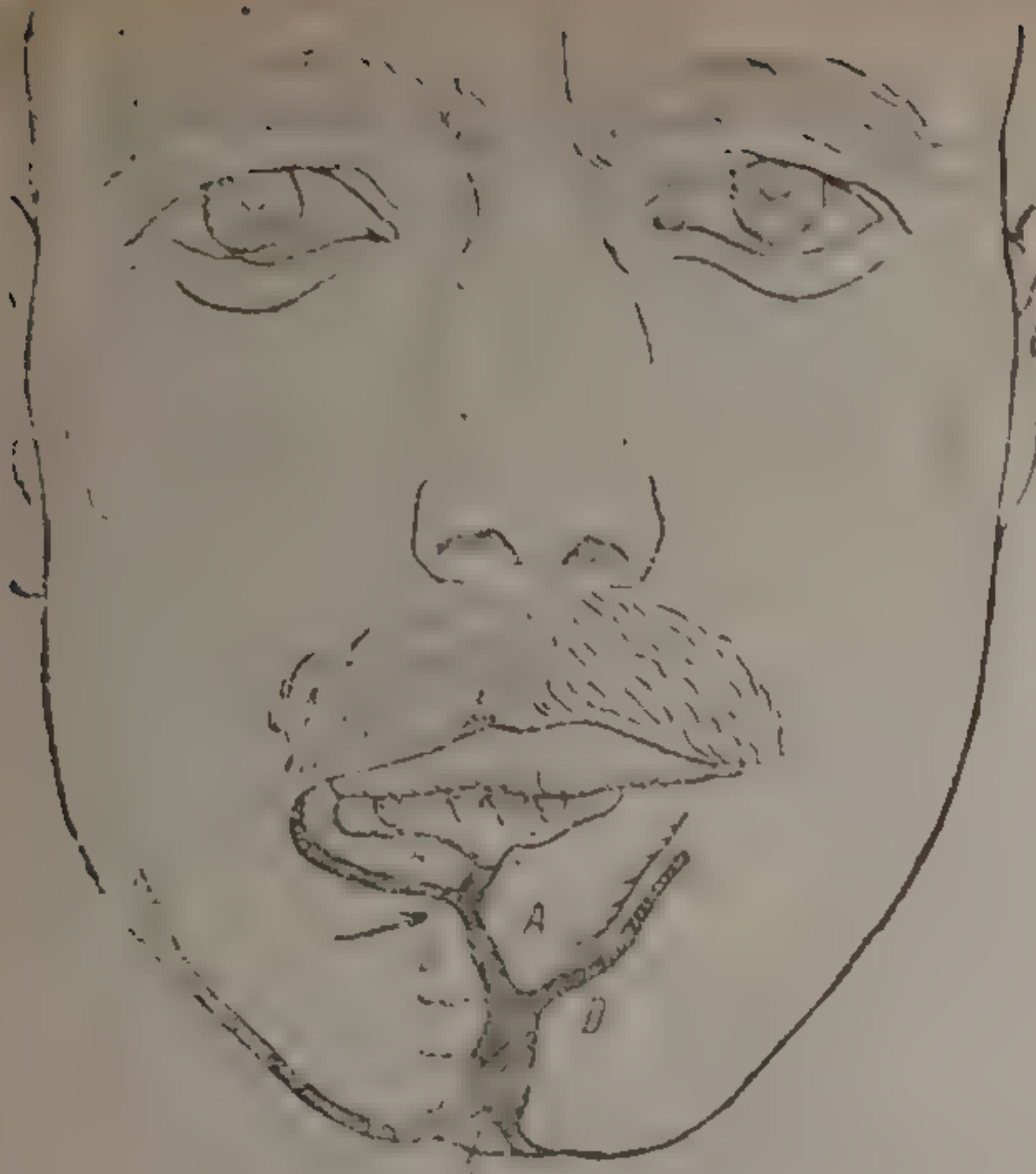


Рис. 117

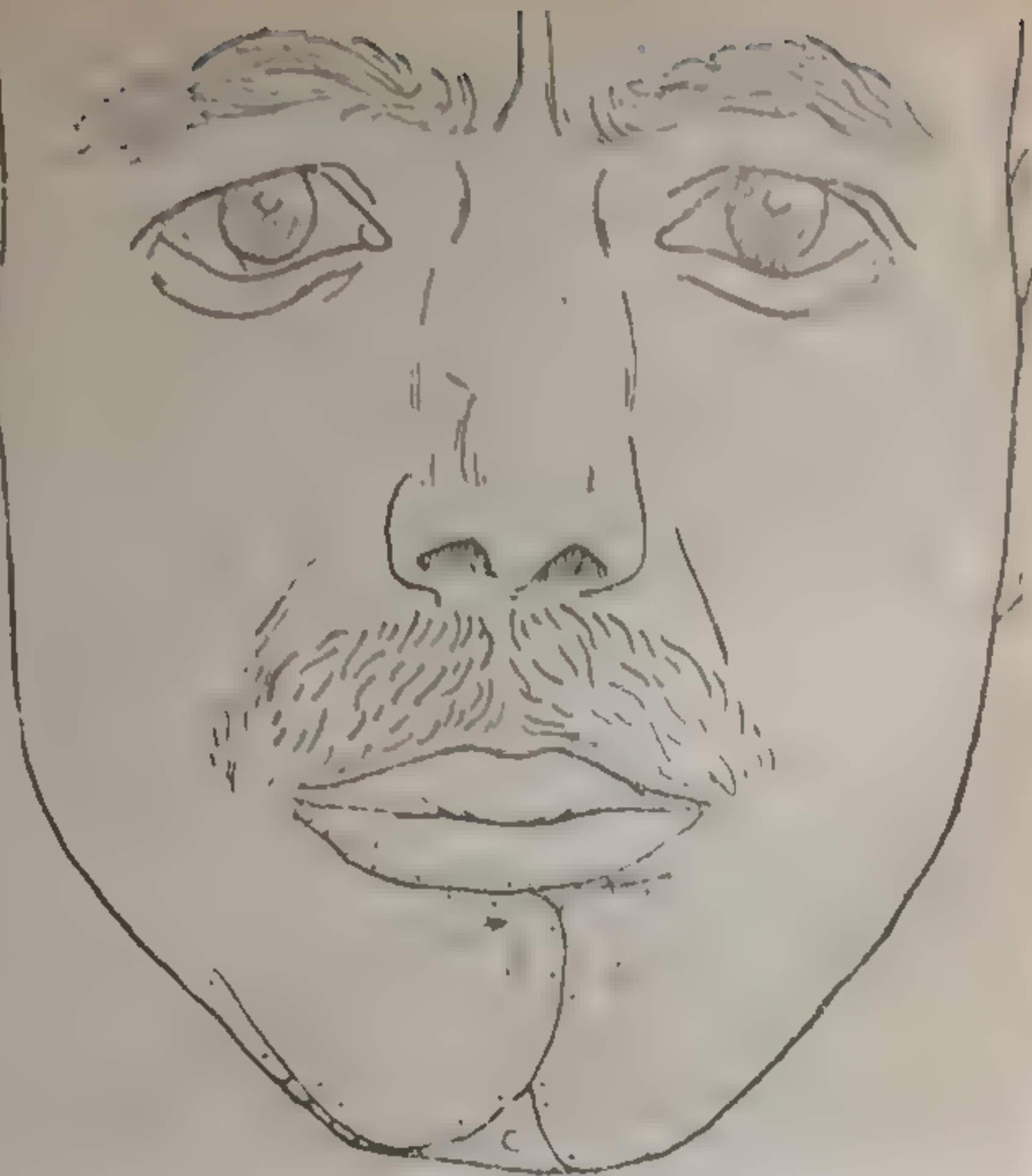


Рис. 118

нижнюю губу. Стрелки на рис. 117 и 118 показывают линию напряжения лоскута D_I . Лоскут C , вшитый между D и D_I , поддерживает последние в желаемом положении. Гладкое послеоперационное течение.

На рис. 116 результат операции.

Случай 24

Больной К. В., 7 лет. Разрушение правой половины нижней губы и правого угла рта после номы, перенесенной два года назад. Зубы справа на месте.



Рис. 119



Рис. 120



Рис. 121

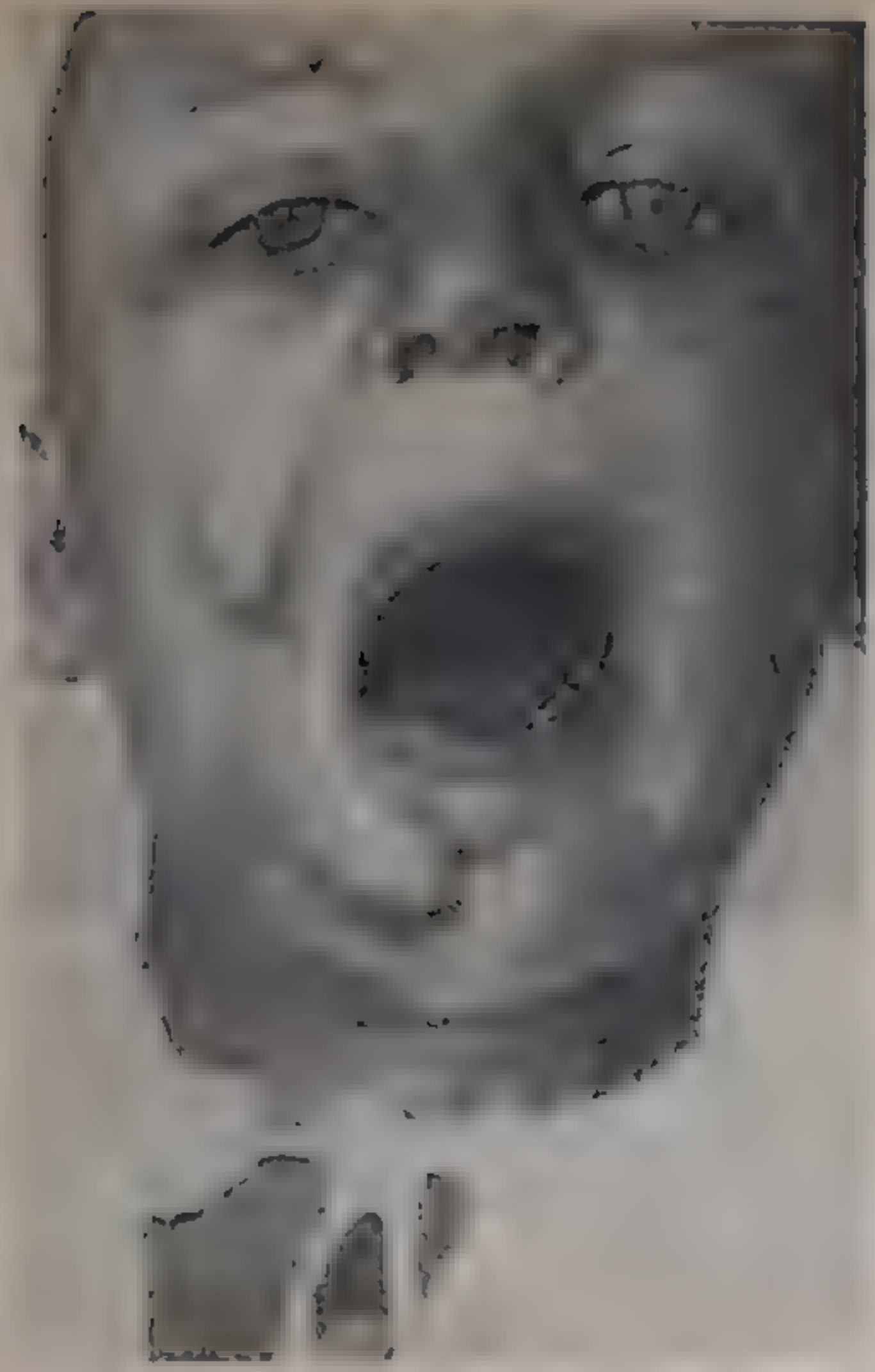


Рис. 122

ней челюсти отсутствуют; имеющиеся резцы деформированы. Правый угол рта припаян к нижней челюсти. Замыкание ротового кольца невозможно (рис. 119, 120). Кожа вокруг дефекта, особенно на подбородке, мацерирована непрерывно и непроизвольно стекающей слюной.

1 июня 1934 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Остаток красной каймы *B* (рис. 123) очерчен разрезом и мобилизован. Ниже суще-

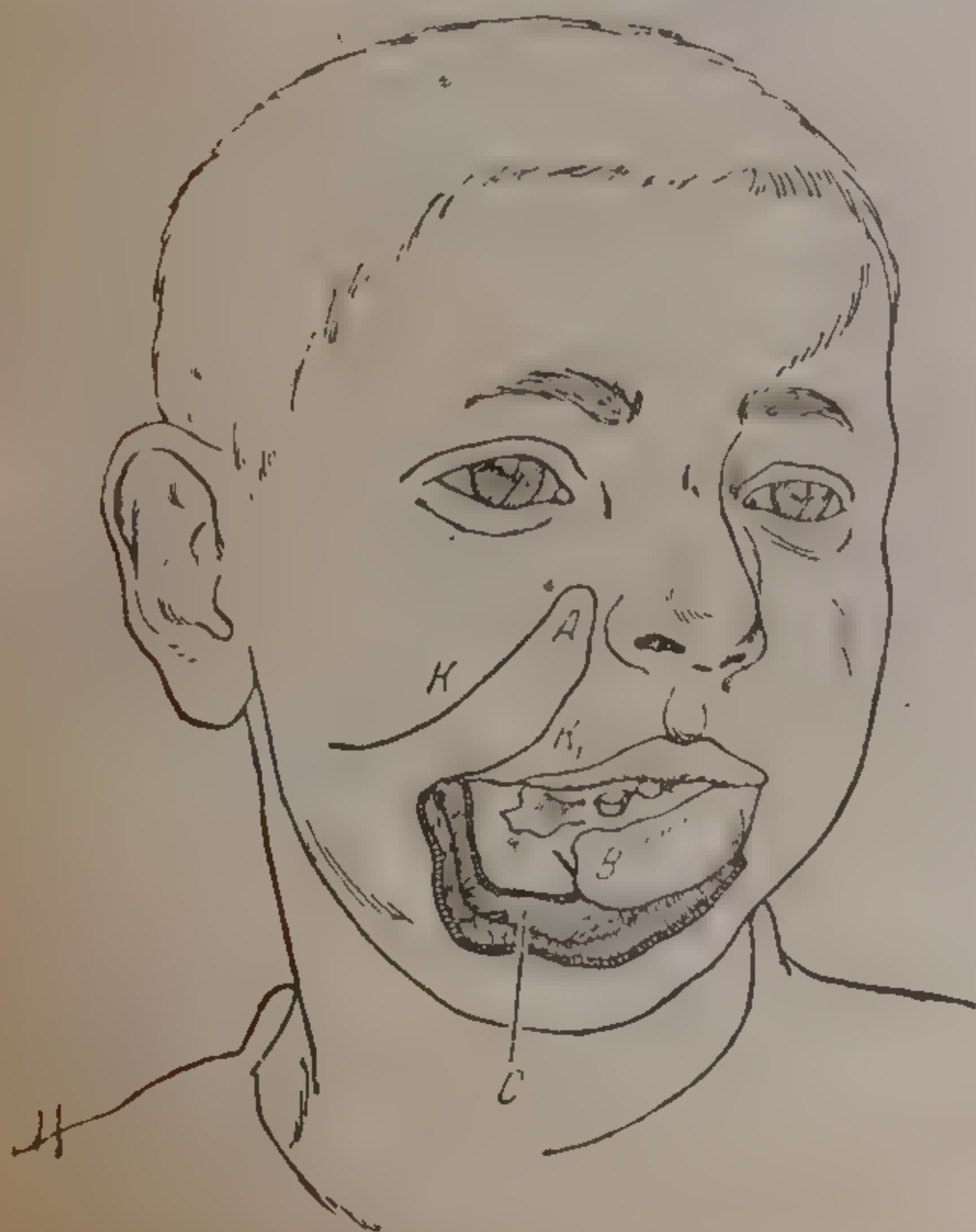


Рис. 123

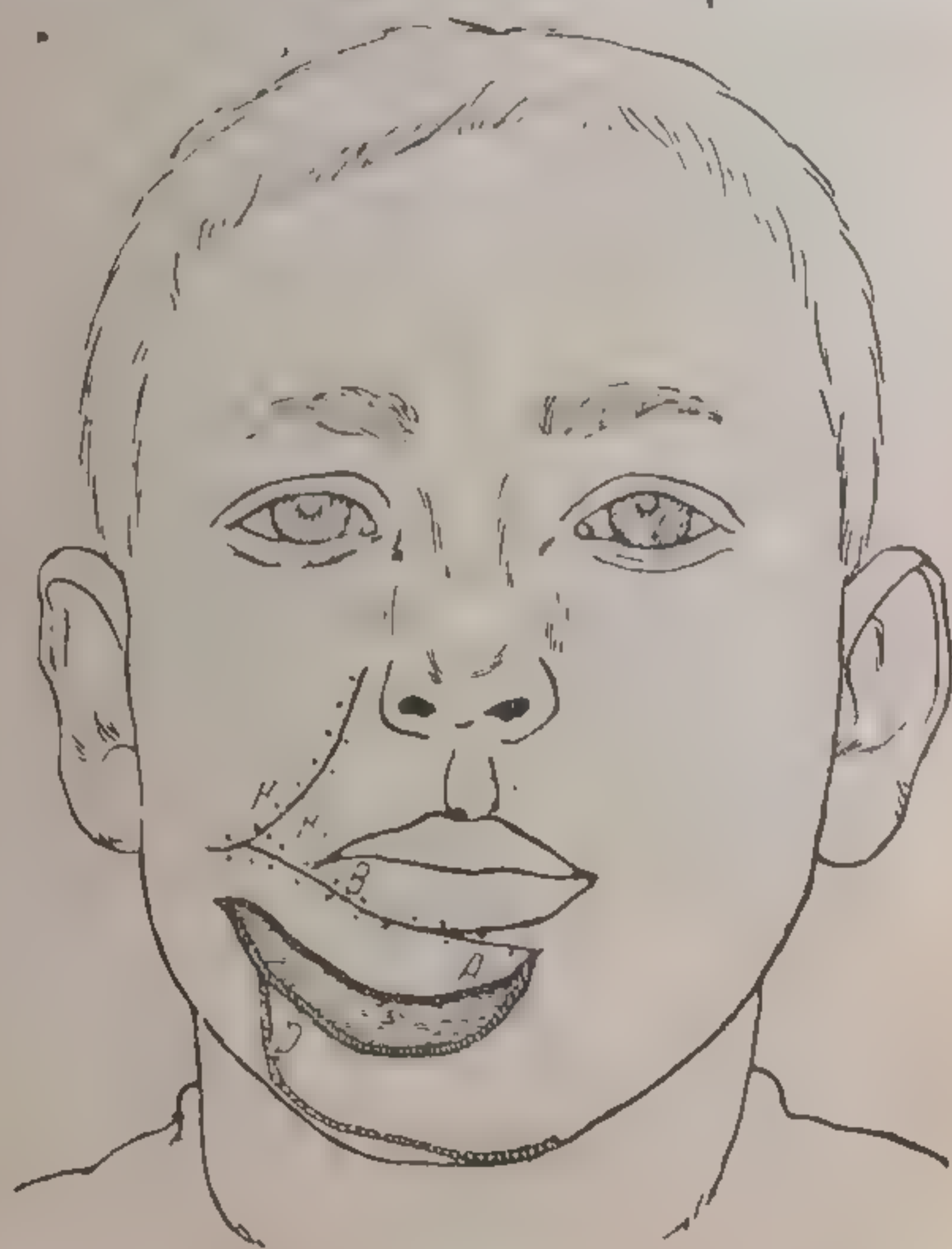


Рис. 124

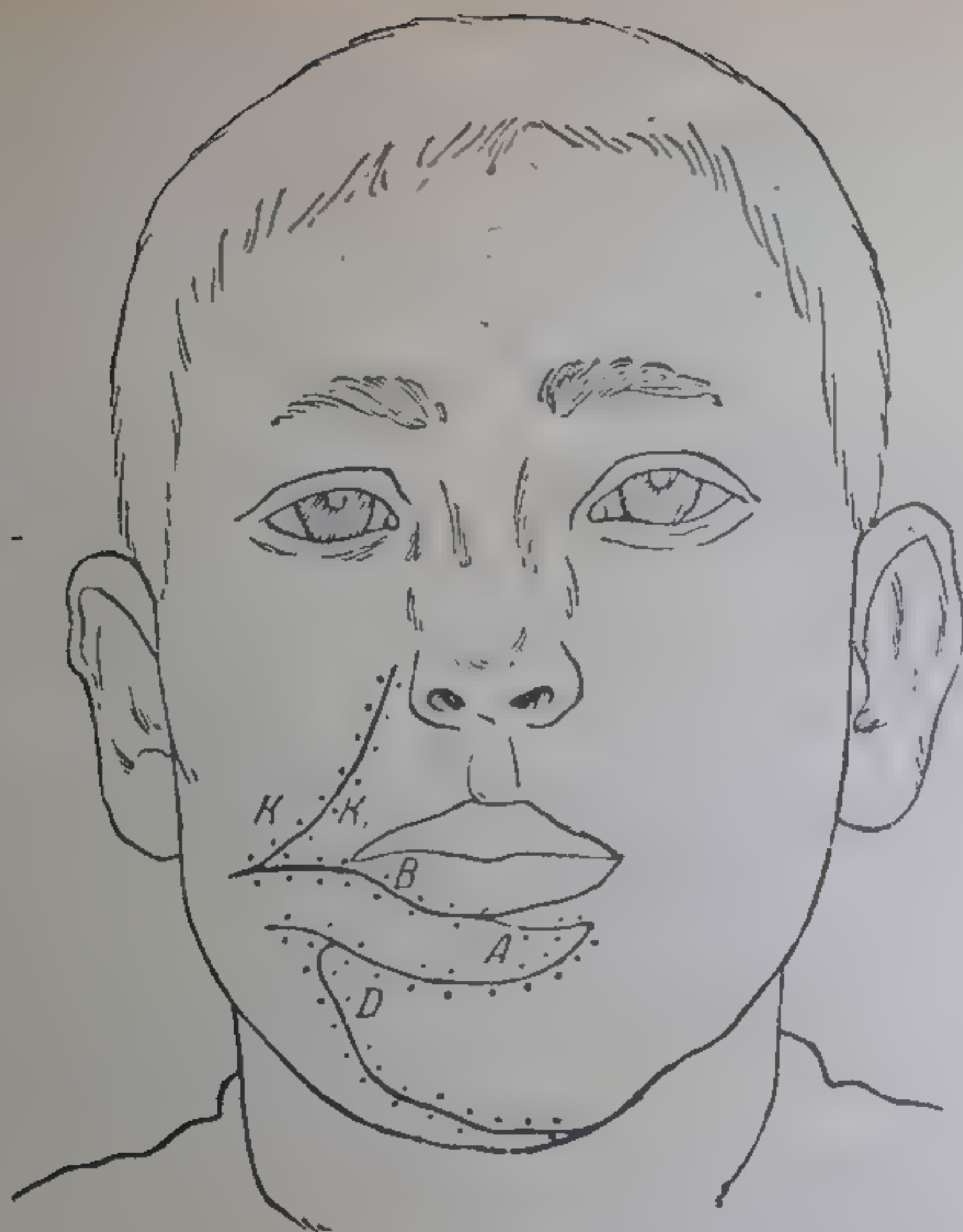


Рис. 125

ствующего дефекта образован опрокидывающийся лоскут *C* основанием у корня зубов, свободным краем к подбородку. Основание лоскута *C* — рубцовая ткань на месте перехода кожи подбородка в десну. Лоскут *C*, повернутый эпителиальной поверхностью внутрь, должен служить образованию губной бороздки (*sulcus labialis*).

Правый край лоскута *C* подшит к освобожденной и освеженной поверхности слизистой угла рта, левый — к слизистой нижней губы, служа продолжением губной канавки. К свободному верхнему краю лоскута *C* пришит кетгутом нижний край слизистой оболочки мобилизованной красной каймы. Таким путем образована выстилка нижней губы и *sulcus labialis*.

Правый краешек мобилизованной красной каймы *B* подшит к правому углу рта, где для его приема соответствующим образом освежена слизистая верхней губы. Этим было закончено образование ротового кольца.

Для того чтобы удержать нижнюю губу, а также правый угол рта в нормальном положении, выкроен справа назо-лабиальный лоскут *A* (рис. 123), пришитый с некоторым натяжением под каймой. Это натяжение подвешивало губу. Наружное покрытие губы готово. Остается закрыть раневую поверхность ниже назо-лабиального лоскута *A* (рис. 124).

Для этого из кожи подбородка выкроен восходящий лоскут *D*, который и закрыл всю раневую поверхность. По линии наибольшего натяжения наложен пуговичный шов.

На рис. 124 и 125 схема операции, на рис. 121 и 122 результат операции непосредственно перед выпиской из отделения. Лоскут *A* еще отечен. Результаты — косметический и функциональный — полные.

Случай 25

Больной *K*, 48 лет, крестьянин, хлопковод из Муганской степи. Семь лет назад подвергся операции удаления раковой язвы нижней губы. Отсутствует левая половина нижней губы, обнажены зубы и непроизвольно стекает слюна (рис. 126).

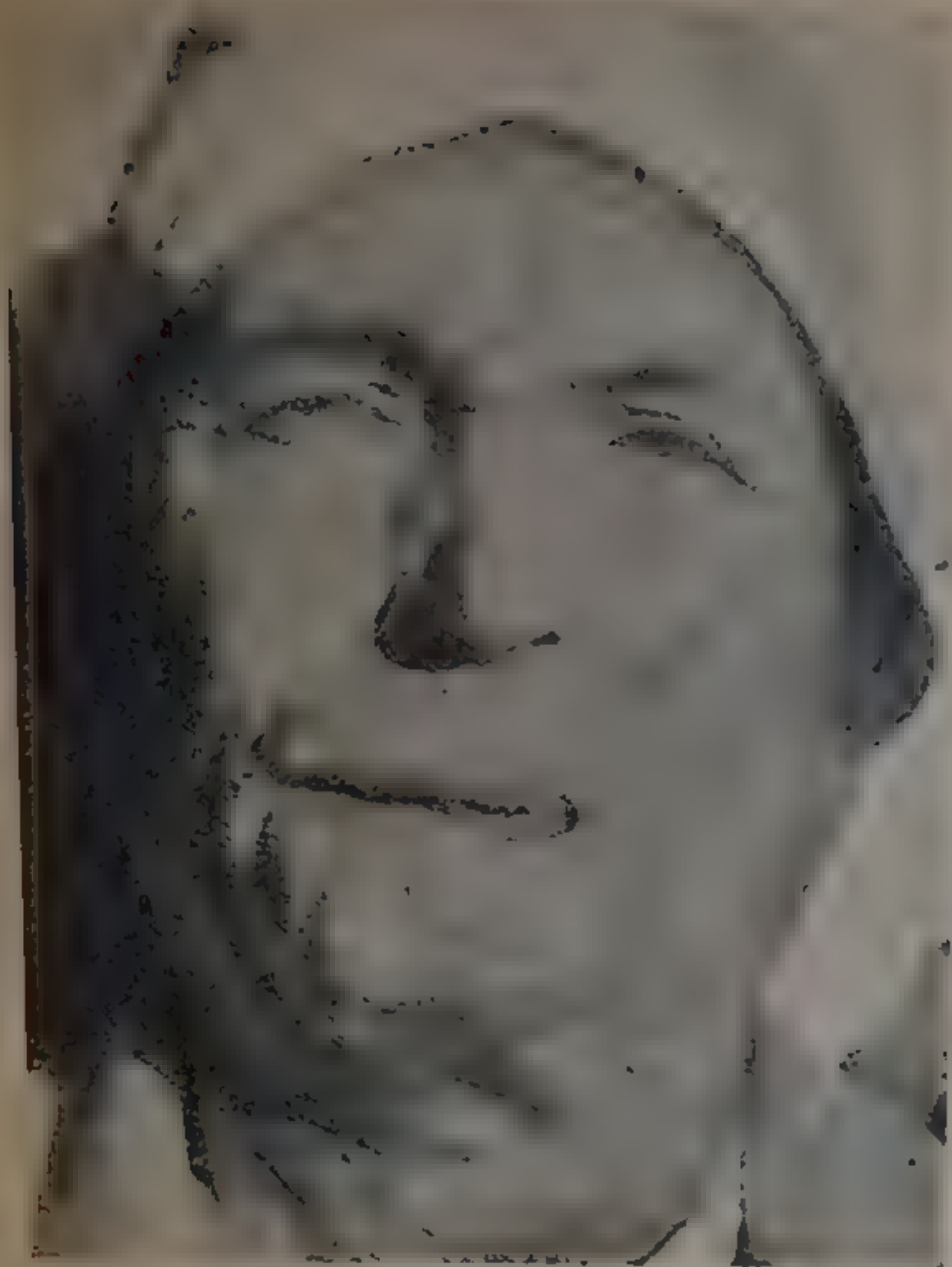


Рис. 126

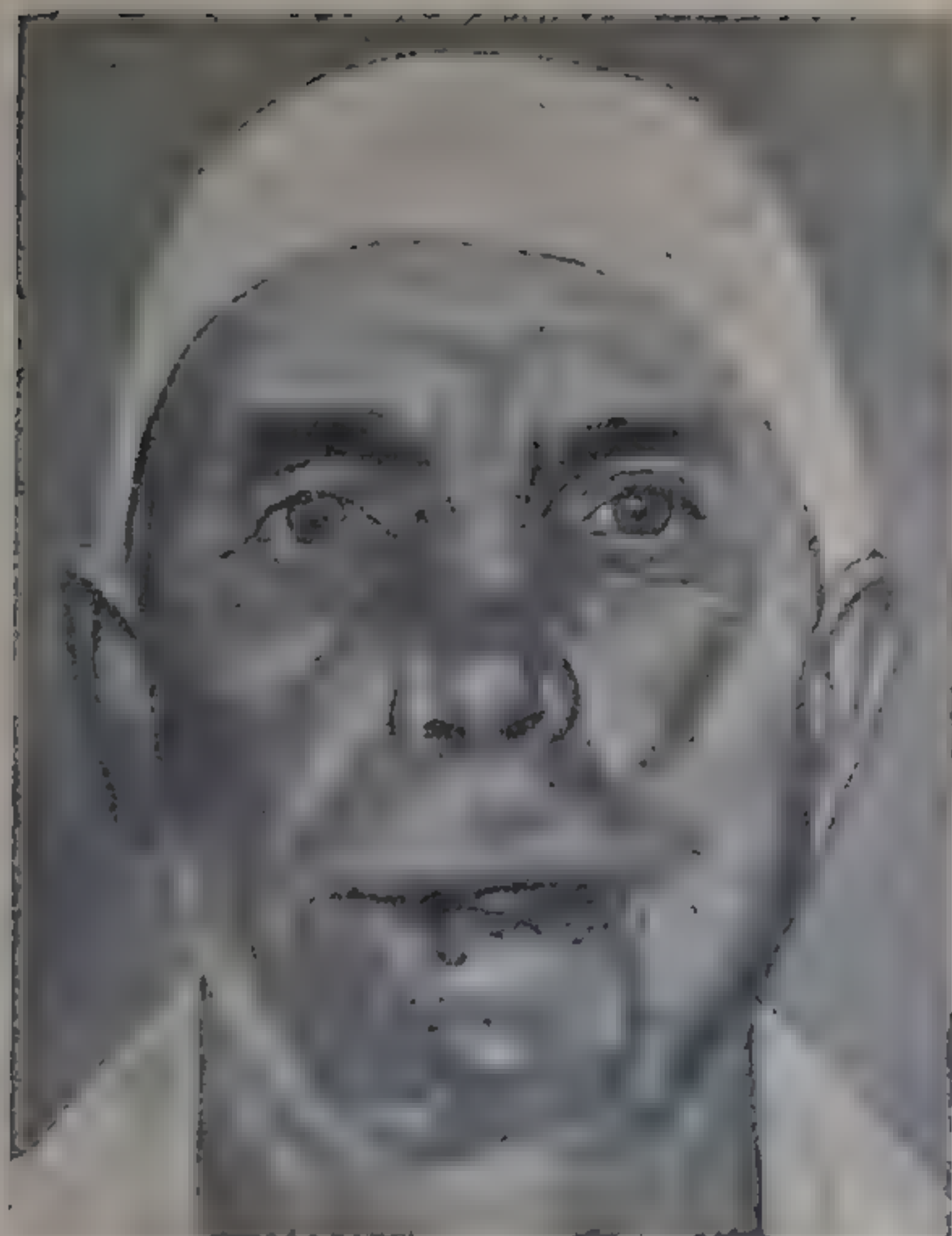


Рис. 127

Вполне понятно, что пациента в его возрасте и положении непроизвольное слюнотечение волновало больше, чем вопросы косметики. Необходимо было восстановить недостающую красную кайму, часть тела губы и *sulcus labialis*.

6 января 1927 г. операция. Местная анестезия. Выкроен кожный лоскут *B*, содержащий на своей внутренней поверхности достаточное количество жира. Остаток правой половины нижней губы *C* (рис. 128) мобилизован во всю толщину добавочным разрезом по краю красной каймы. Край дефекта освежен в виде опрокидывающейся полоски *K*. Свободный верхний угол лоскута *B* подшит с натяжением под мобилизованную кайму *C*.

Благодаря натяжению в горизонтальном направлении лоскут *B* поднялся значительно выше, чем и было образовано тело будущей губы. Все это образо-



Рис. 128

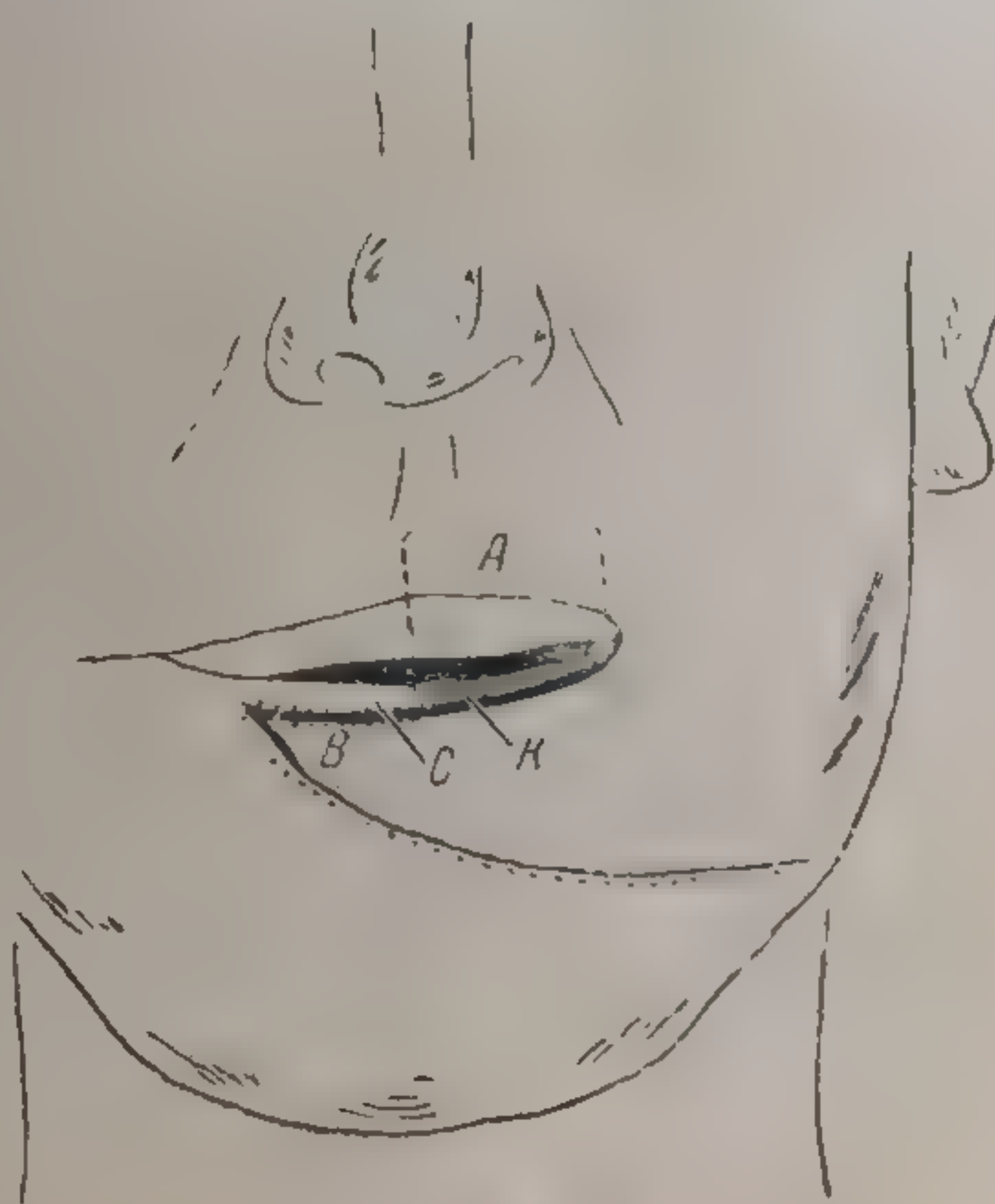


Рис. 129



Рис. 130

вание¹ необходимо было покрыть слизистой, которая заимствована в виде лоскута *A* с внутренней поверхности верхней губы.

Лоскут *A* одновременно образовал и красную кайму и слизистую тела нижней губы¹ (рис. 129).

При помощи добавочного разреза удалось закрыть без особого напряжения раневую поверхность вдоль нижнего края лоскута *B*. Рот замкнут одним швом на пуговицах на 10 дней (рис. 130).

Для питания вводился дренаж в правый угол рта. Пища жидкая. Кожные швы сняты на 5-й день. *Prima intentio*.

На 10-й день пересечена ножка лоскута *A*. Остаток ножки возвращен на место, где он фиксирован несколькими узловатыми кетгутовыми швами.

На рис. 127 вид больного перед выпиской. Хорошо видна вновь образованная губа и красная кайма. *Sulcus labialis* имеет достаточную глубину. Непроизвольное слюнотечение совершенно прекратилось.

Косметический эффект вполне удовлетворительный.

Случай 26

Больной Б., рабочий-нефтяник. В детстве перенес какое-то воспалительное заболевание (ному?) нижней губы, в результате чего губа омертвела. Кожа подбородка сращена непосредственно со слизистой альвеолярного отростка (рис. 131).

Необходимо было построить новую губу—тело, красную кайму и *sulcus labialis*.

15 апреля 1931 г. операция. Местная анестезия, блокирующая область подбородка. Для образования переходной складки *sulcus labialis* вдоль края дефекта выкроен опрокидывающийся лоскут *C* основанием к корню зубов. Лоскут содержит по своему свободному краю нормальную кожу (рис. 133). Кожа подбородка мобилизована в виде лоскута *BO_I*. Лоскут *BO_I* отделен совершенно от подлежащих тканей. Ниже правого угла рта располагается плоский, спаянный с костью рубец. Рубец этот иссечен в пределах нормальной кожи (на рис. 133 поверхность эта заштрихована). Остаток нижней губы *A_I* длиной в 3—5 мм в области левого угла рта мобилизован добавочным разре-

¹ Способ образования красной каймы описан в случае 20, стр. 69

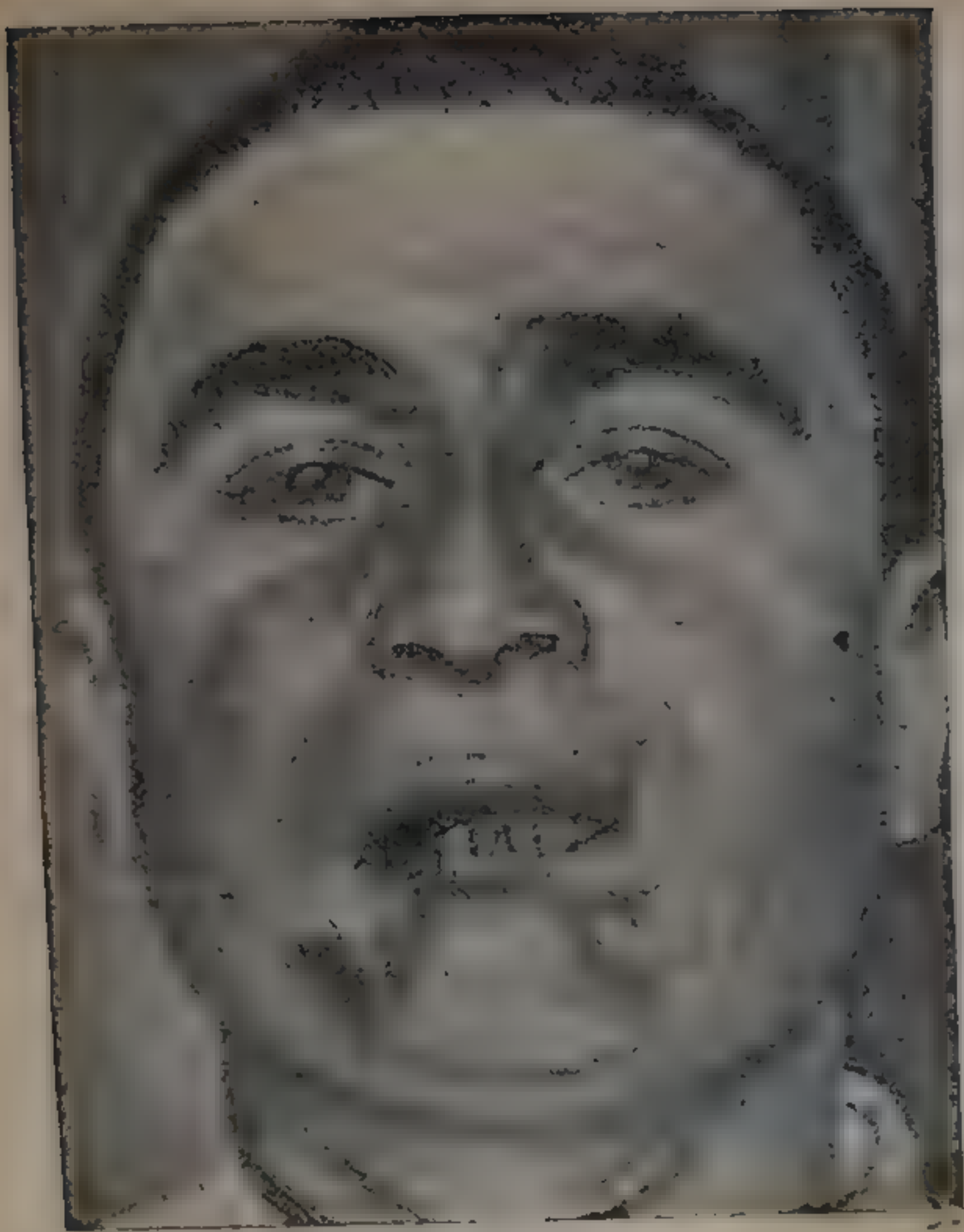


Рис. 131



Рис. 132

зом. Для образования красной каймы на внутренней поверхности правой щеки выкроен лоскут слизистой *A* (углы его *O* и *K*, рис. 133). Лоскут этот повернут вокруг своей оси у основания, удвоен по раневой поверхности в виде полутрубки и пришит внутренним краем к опрокидываемому лоскуту *C* кетгутом (рис. 134). На рисунках адекватным точкам соответствуют одинаковые буквы. Лоскут *BO₁* подшит с большим натяжением к точке *B₁*. Благодаря этому верхний край лоскута *B* поднялся выше и создал покрытие для тела губы. Теперь наружный край слизистого лоскута пришит конским волосом к верхнему краю лоскута *B*. Естественно, что в точках *O* и *K* лоскут слизистой был подшит к освеженной поверхности остатка vermilion. Рана на внутренней поверхности правой щеки зашита кетгутом (на рис. 134, 135 показано пунктиром).

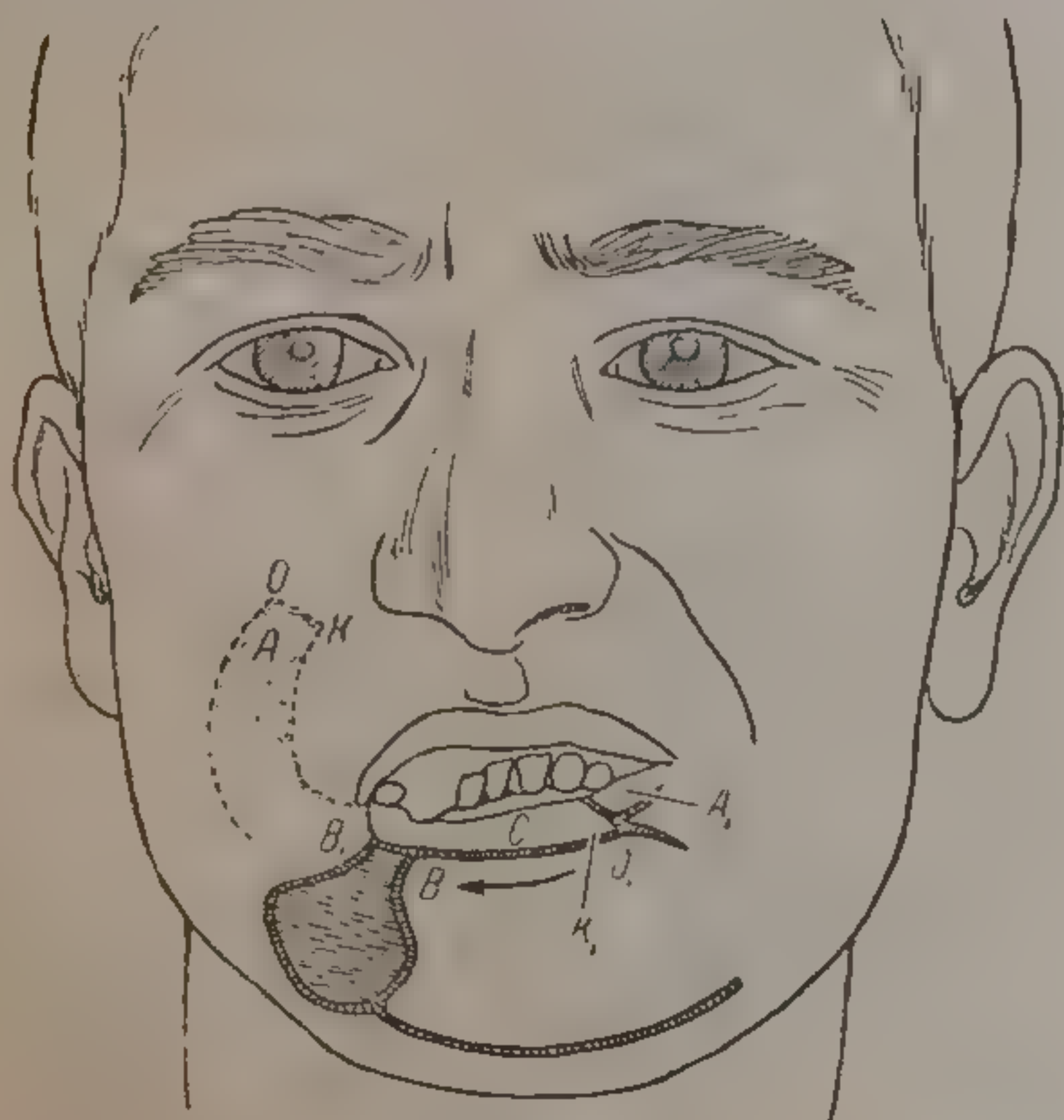


Рис. 133

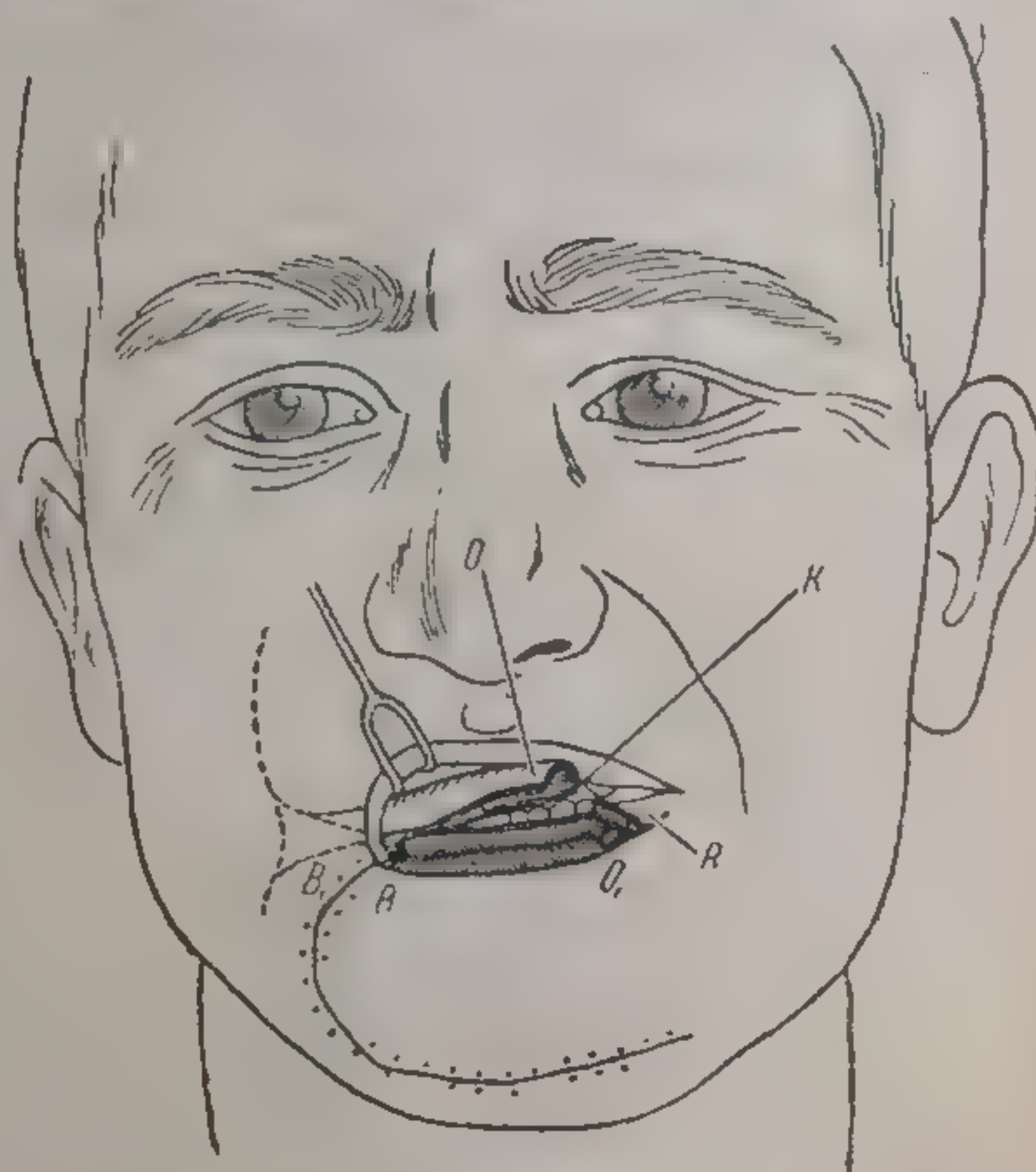


Рис. 134

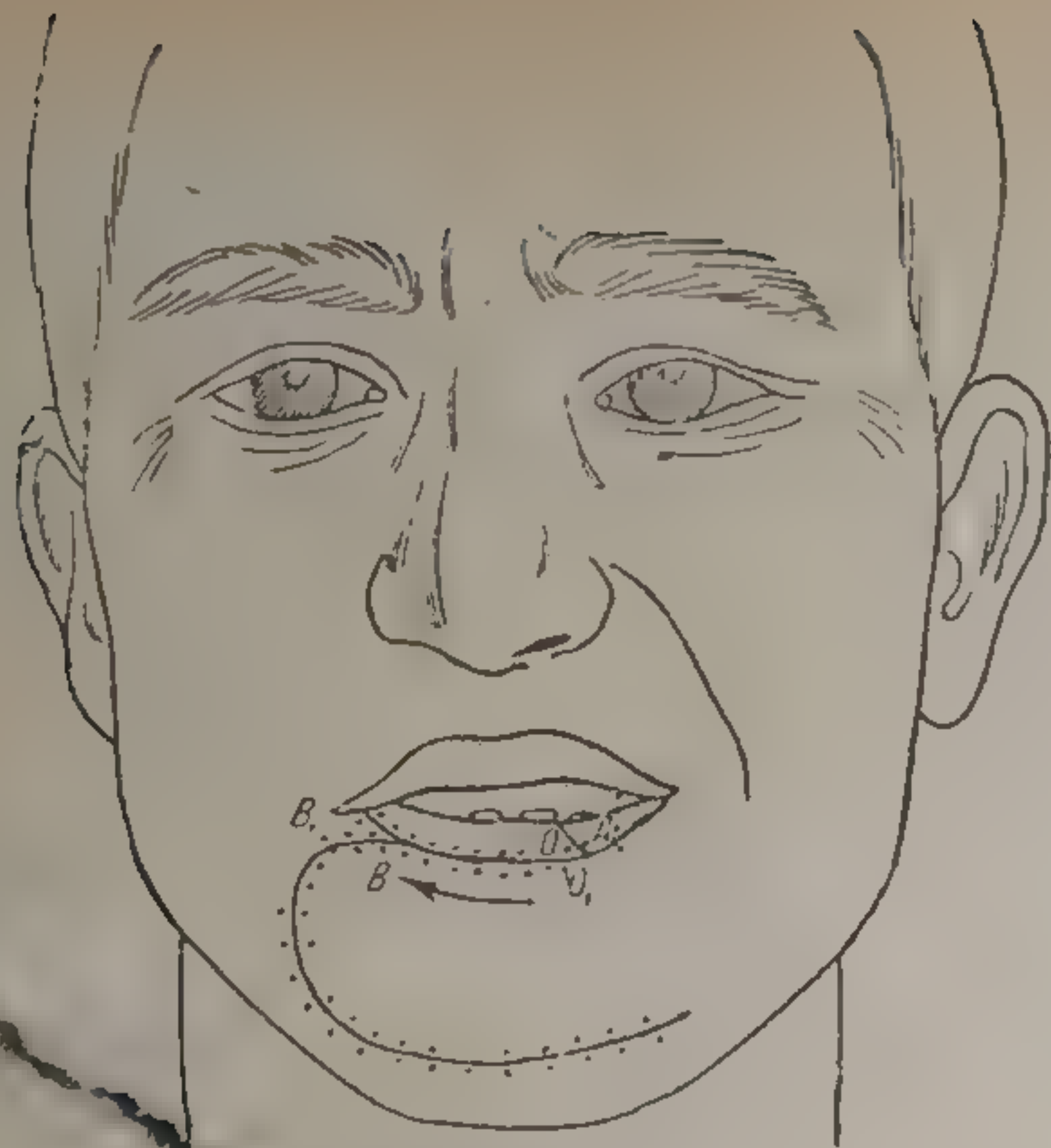


Рис. 135

Течение гладкое. *Prima intentio*. Мелкие косметические поправки в области корня слизистого лоскута.

На рис. 132 результат операции. Непроизвольное слюноотделение прекратилось.

Sulcus labialis вполне достаточной глубины. Полное замыкание ротового кольца.

Случай 27



Рис. 136



Рис. 137

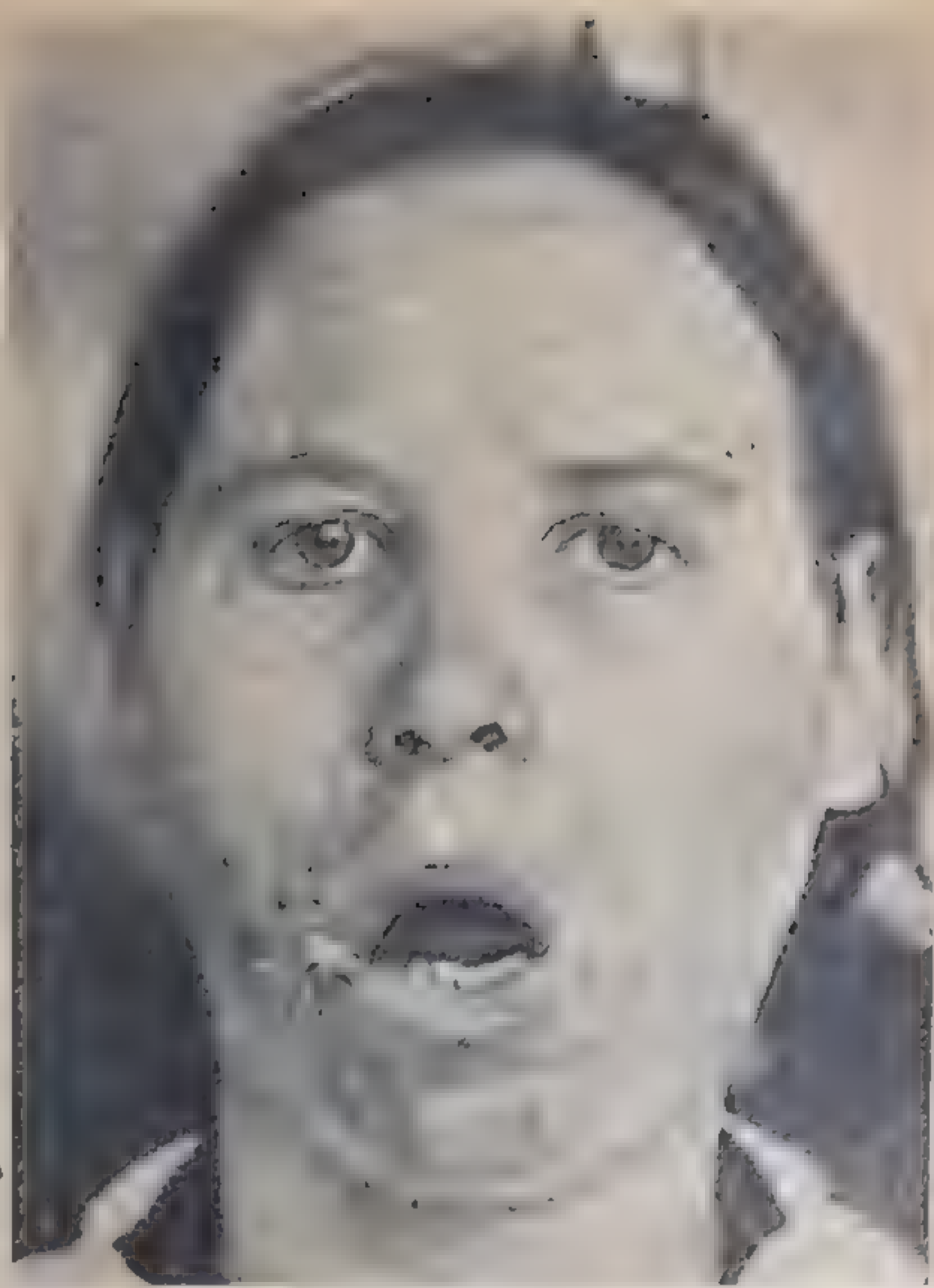


Рис. 138

Больная У., русская, 18 лет. Перенесла в детстве повидимому ному (рис. 136). Совершенно отсутствует нижняя губа; кожа подбородка непосредственно спаяна со слизистой у корня зубов. Непроизвольное слюнотечение. На подбородке и в области углов рта рубцы. Небольшой рубцово-измененный остаток нижней губы сохранился у левого угла рта.

Восстановить необходимо было всю губу во всех ее частях — тело, красную кайму, слизистую, наружное покрытие — и наконец нужно было создать достаточно глубокий *sulcus labialis*.

24 марта 1933 г. операция. Общий эфирный наркоз через прямую кишку. Для образования выстилки, тела губы, *vermillionis* выкроен опрокидываю-

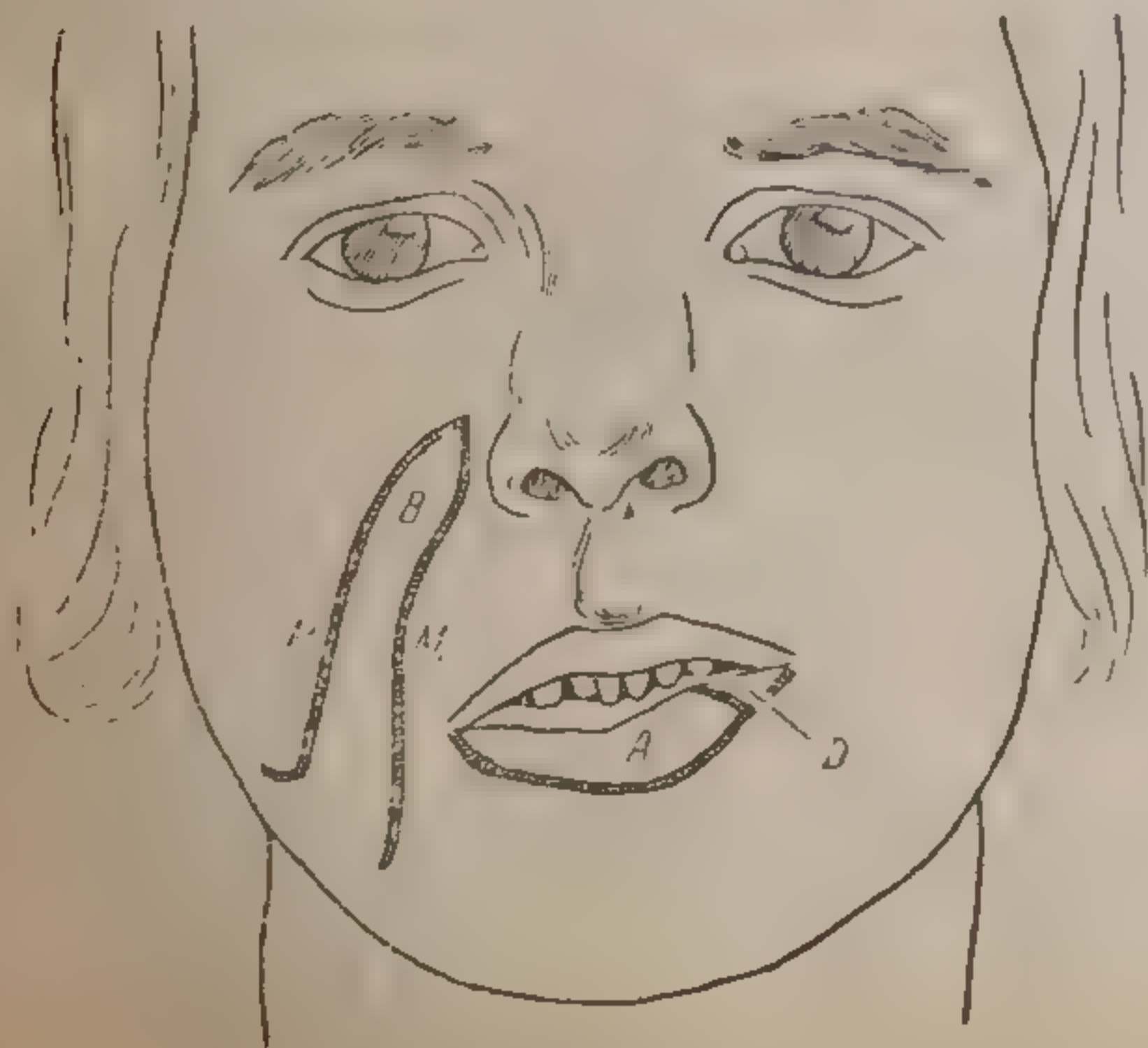


Рис. 139



Рис. 140

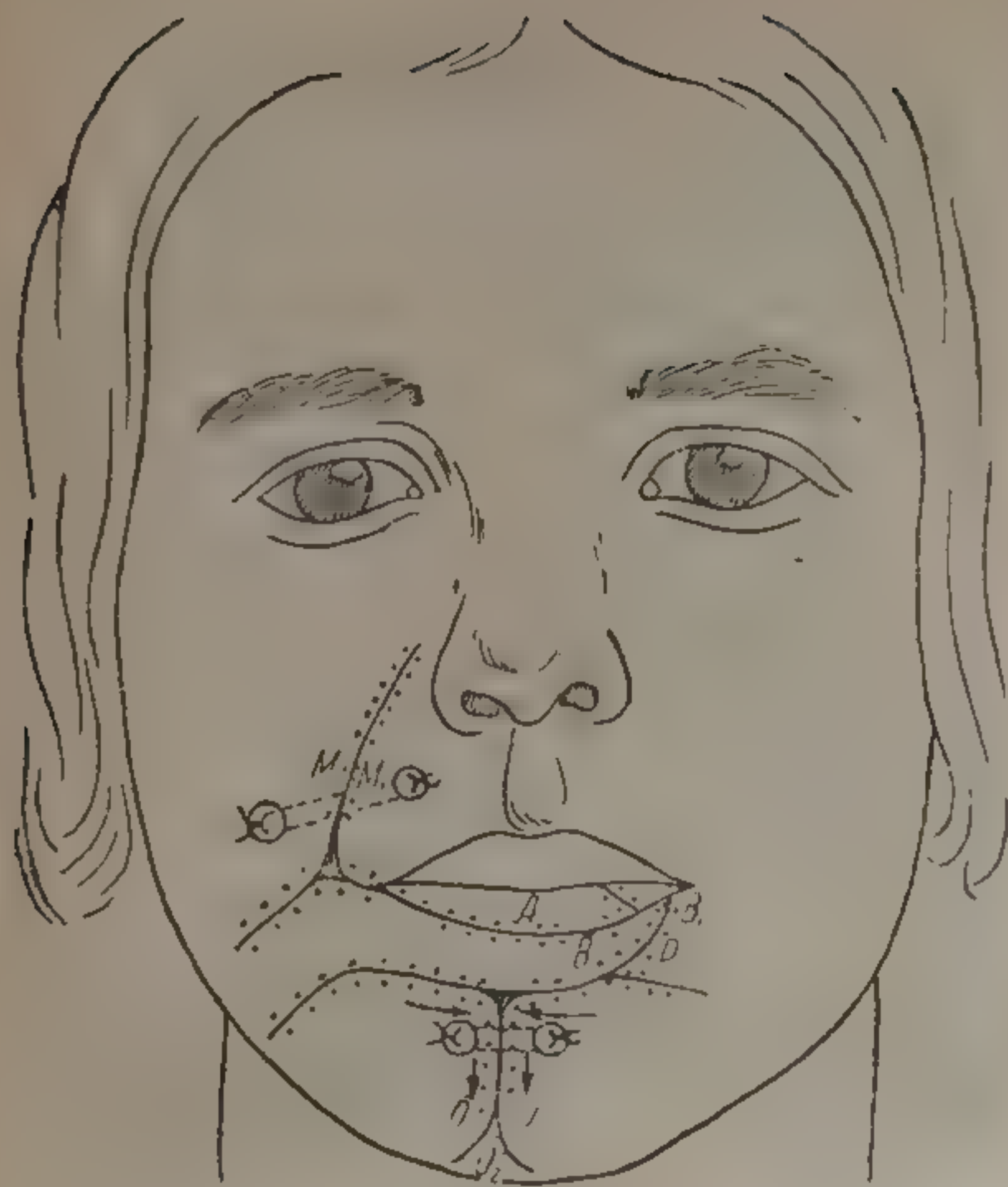


Рис. 141



Рис. 142



Рис. 143

щийся лоскут *A*. Остаток губы *D* в области левого угла рта мобилизован дополнительными разрезами поперек и вдоль его нижнего края (рис. 139).

Лоскут *A* опрокинут к зубам эпителиальной поверхностью. На уровне верхнего края зубов он снова перегибнут кпереди (рис. 140) и сшит с одной стороны с лоскутом *D*, а с другой под него подведен назо-лабиальный лоскут *B*, который создал покрытие для тела губы. Для того чтобы лоскут *B* лег непо-

средственно под лоскут *A*, иссечен участок кожи *KCEF* (рис. 140). Лоскут *B*, сшитый с лоскутом *A*, с некоторым натяжением в точке *B_I*, поддерживает новую губу в желаемом положении, но лоскут *B_I*, вследствие своей длины имеет натяжение к своей ножке; поэтому его необходимо поддержать. Для этого выкроены добавочные лоскуты *O* и *O_I*, которые сшиты в направлении, показанном стрелками. Все зашито наглухо в два этажа кетгут—конским волосом. Повсюду по линиям наибольшего напряжения наложены пуговичные швы.

На рис. 141 дана окончательная схема операции.

На рис. 142 больная на 8-й день после операции, после снятия швов. Пуговичные швы остаются до 10-го дня.

20 апреля 1933 г. под местной анестезией операция образования красной каймы лоскутом слизистой на ножке с внутренней поверхности верхней губы¹.

15 мая 1933 г. ножка лоскута пересечена. Гладкое приживление. Результат этой операции представлен на рис. 143.

На рис. 137 и 138 окончательный результат. Новая губа мало чем отличается от нормальной. Хорошие косметический и функциональный результаты.

Случай 28

Больная М., тюрчанка, 24 лет. Перенесла в детстве какое-то острое заболевание (повидимому ному), в результате которого оказалась разрушенной вся нижняя губа.

На рис. 144 вид больной при поступлении в отделение. От нижней губы справа остается небольшой участок красной каймы, обезображенный рубцом.

Слева от красной каймы и тела губы остается около 5—7 мм непосредственно у угла рта. Передние зубы 2. 1. | 1. 2. 3 отсутствуют. Альвеолярный отросток на этом месте разрушен. Кожа подбородка спаяна непосредственно со слизистой дна рта. Глубокие рубцы, спаянные с костью, идут со дна рта через подбородок и образуют, особенно в левой половине, глубокую ложбину, по которой наружу непрерывно и непронзвольно стекает слюна (рис. 145).

Больная всю свою жизнь подвязывает подбородок тряпкой. Замыкание ротового кольца невозможно. Языком больная закрывает зияющее ротовое отверстие на месте отсутствующих зубов. Речь неразборчива.

Прежде чем приступить к операции, больной изготовили протез (рис. 147), который, восполнив недостающие зубы, облегчил постройку анатомически правильной губы и способствовал образованию хорошего *sulcus labialis*. С этим протезом больная не расставалась ни во время операции, ни позже.

19 февраля 1929 г. операция. Местная анестезия, широко блокирующая подбородок. Красная кайма слева и справа очерчена разрезом и отделена от подлежащих тканей в виде двух лоскутов *A* и *A_I* (рис. 148). Лоскуты *A* и *A_I* благодаря их эластичности удалось стянуть и сшить один с другим над протезом двухэтажным кетгутовым швом; на красной кайме—конский волос. Этим была восстановлена непрерывность красной каймы.

Затем иссечена вся рубцовая ткань, а также отделена кожа подбородка от слизистой дна рта. Образовавшаяся при этом раневая поверхность показана на рис. 149 заштрихованной.

Итак, мы имеем красную кайму, которая в виде моста висела над краем челюсти; ниже каймы со стороны полости рта не хватало слизистой для удержания *vermillionis* на горизонтальном уровне и для образования достаточно глубокого *sulcus labialis*.

Для образования слизистой оболочки переходной складки и тела губы, на внутренней поверхности щек, справа и слева, симметрично выкроены два нисходящих лоскута *K* и *K_I* основанием у углов рта. На рис. 149 лоскут слизистой *K_I* показан слева; справа, на рис. 150 в области *K*, рана показана зашитой.

Лоскуты *K* и *K_I* повернуты вокруг своей длинной оси и основания, так что слизистая обращена к передней поверхности резцов. Лоскуты подведены под

¹ Техника—см. случай на стр. 69.



Рис. 144

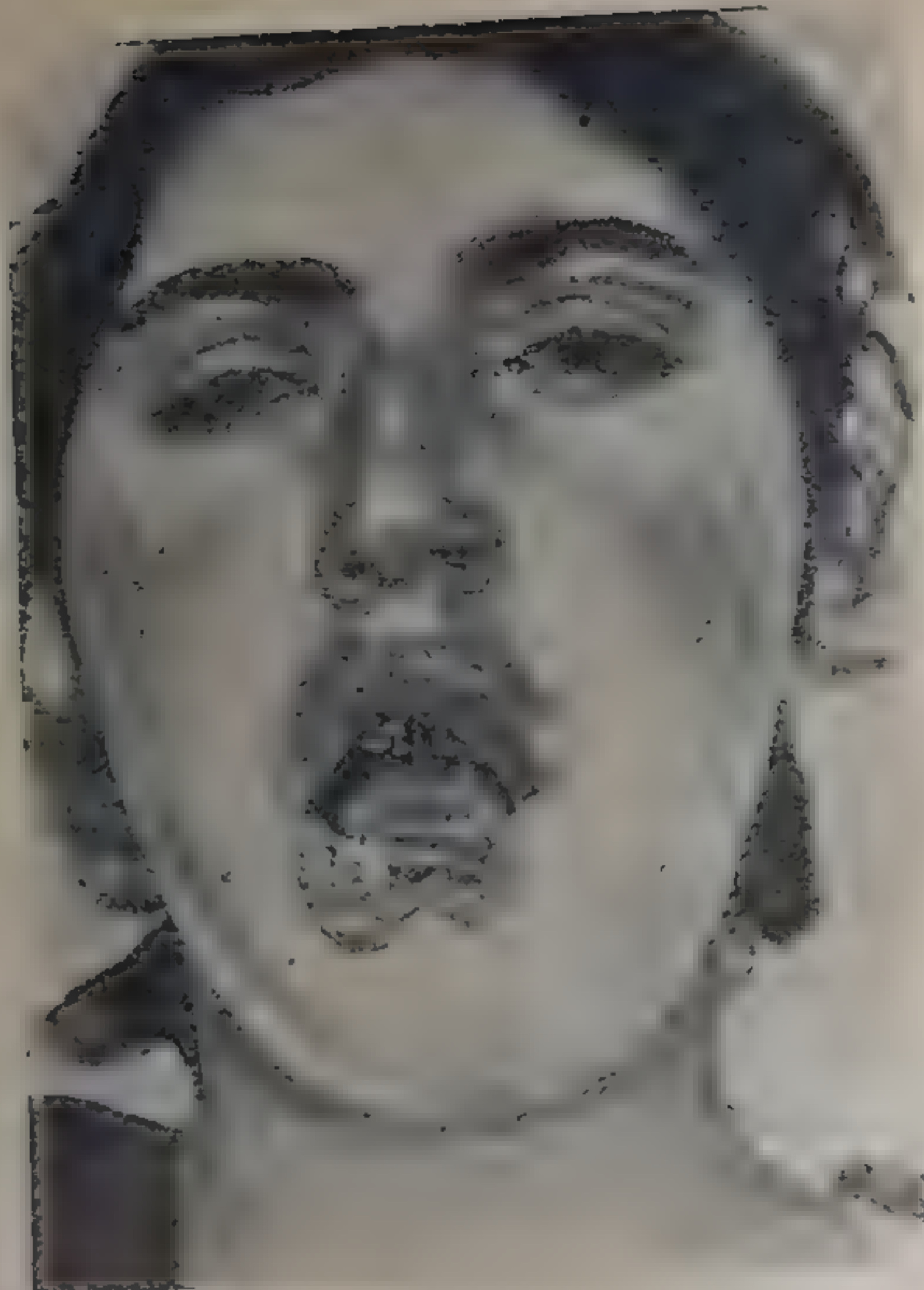


Рис. 145



Рис. 146

красную кайму, сшиты один с другим по средней линии и с нижним краем слизистой *vermillionis*, ниже же протеза — с остатками слизистой на челюсти, которая мобилизована в виде опрокидывающейся каемки. Таким образом создана вся выстилка нижней губы. Рана на месте взятых лоскутов K и K_1 зашита кетгутом. Понятно, что лоскуты K и K_1 должны быть достаточно широкими, чтобы не стягивать середину красной каймы вниз.

Для образования покрытия тела губы и подбородка выкроен (рис. 148 и 149) лоскут B , отделенный от подлежащих тканей. Лоскут B подшит с значительным натяжением к B_1 . Натяжение BB_1 в поперечном направлении придает *vermillioni* соответствующий горизонтальный уровень. Лоскут B служит эластичной подставкой красной кайме, будучи в то же время покрытием для тела губы.

После этой манипуляции получилось положение, изображенное на рис. 150. Остающаяся раневая поверхность показана заштрихованной. Закрытие этой поверхности произведено по схемам, данным на рис. 150 и 151. Выкроен восходящий лоскут $C C_1 D_2 D_3$. Из верхнего края этого лоскута удален треугольник кожи CMC_1 , что позволило придать этому лоскуту положение, изображенное на рис. 151 $MC_1' D_1 D_3$.

Вновь образовавшаяся раневая поверхность (на рис. заштрихована) закрыта сдвиганием кожи, как это представлено на рис. 152, на котором показано окончательное положение после полного закрытия раневой поверхности. Стрелки указывают движение основных ситуационных швов. По линиям наибольшего напряжения CC_1 , BB_1 , $D_3 D_2$ наложены пуговичные швы.

Задача образования наружного покрытия была выполнена.

На рис. 153 видны рубцы, данные на схеме. Все прижато целиком первичным натяжением. Естественно, что прекратилось непроизвольное слюнотечение, и речь стала внятной. Раскрывание рта полное. Рис. 146 представляет окончательный результат операции. Поперечный рубец в области подбородочной ямки на лоскуте B сделан позже—выкроена полоска кожи и ране дана возмож-

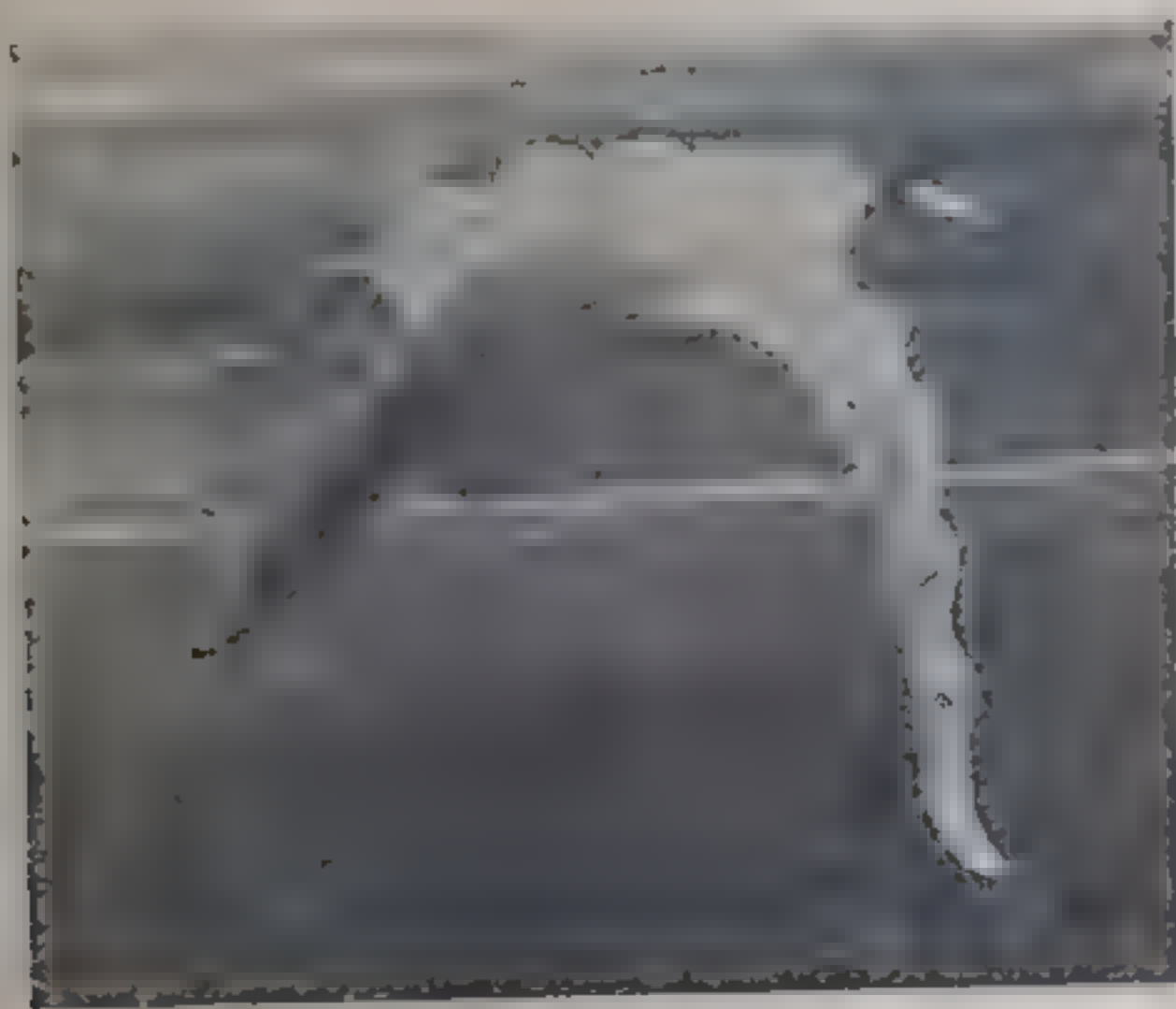


Рис. 147



Рис. 148

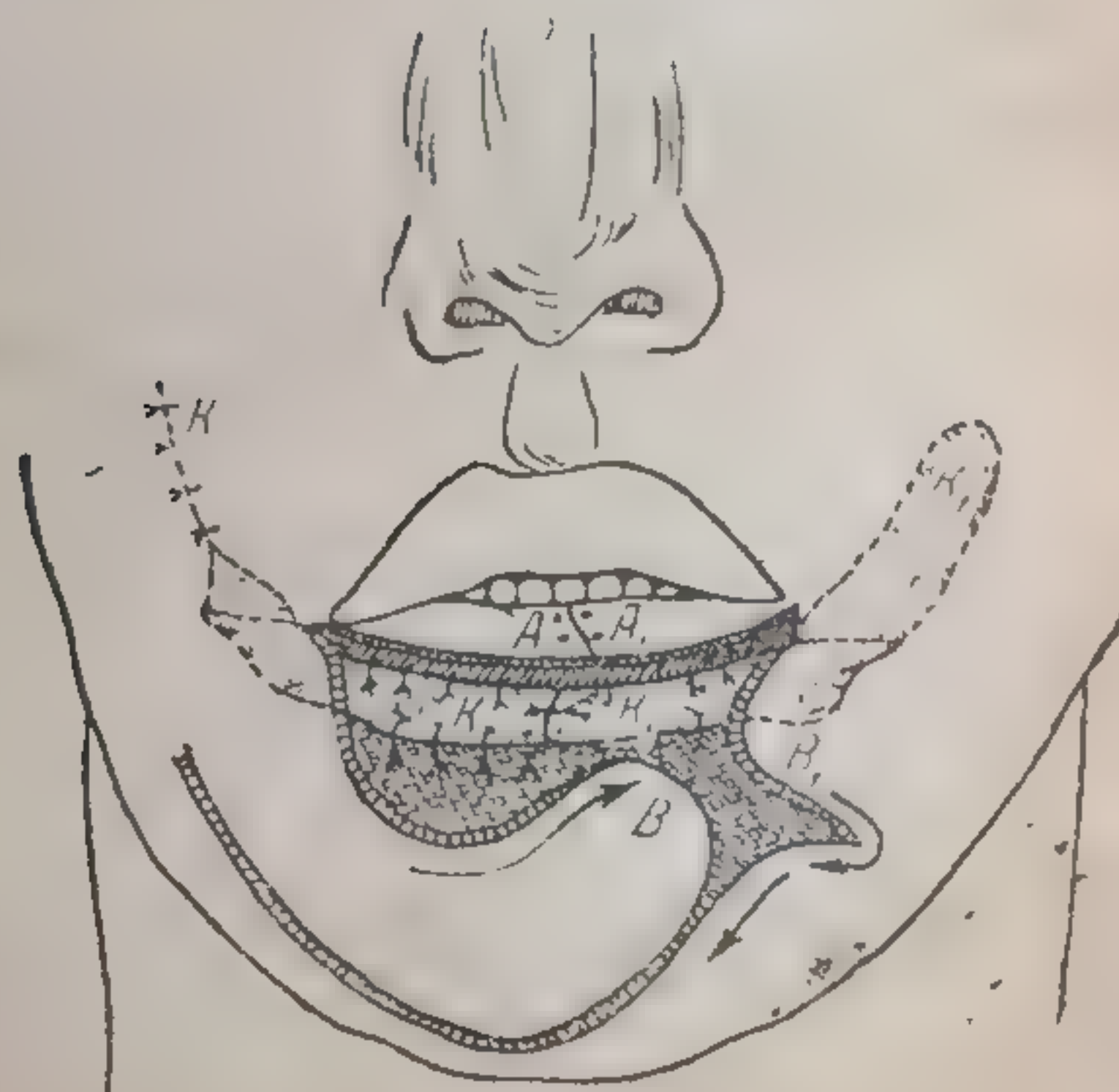


Рис. 149

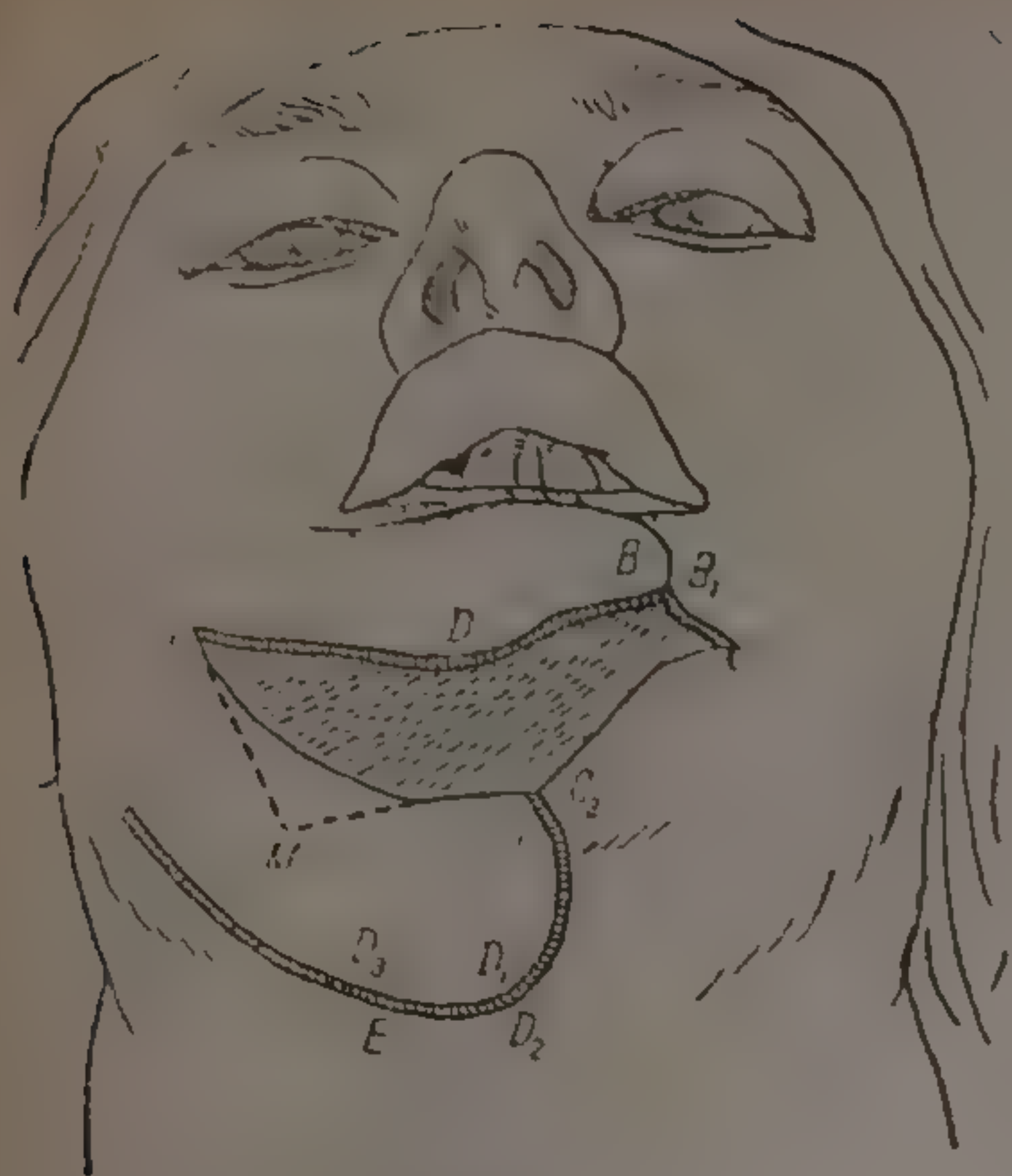


Рис. 150

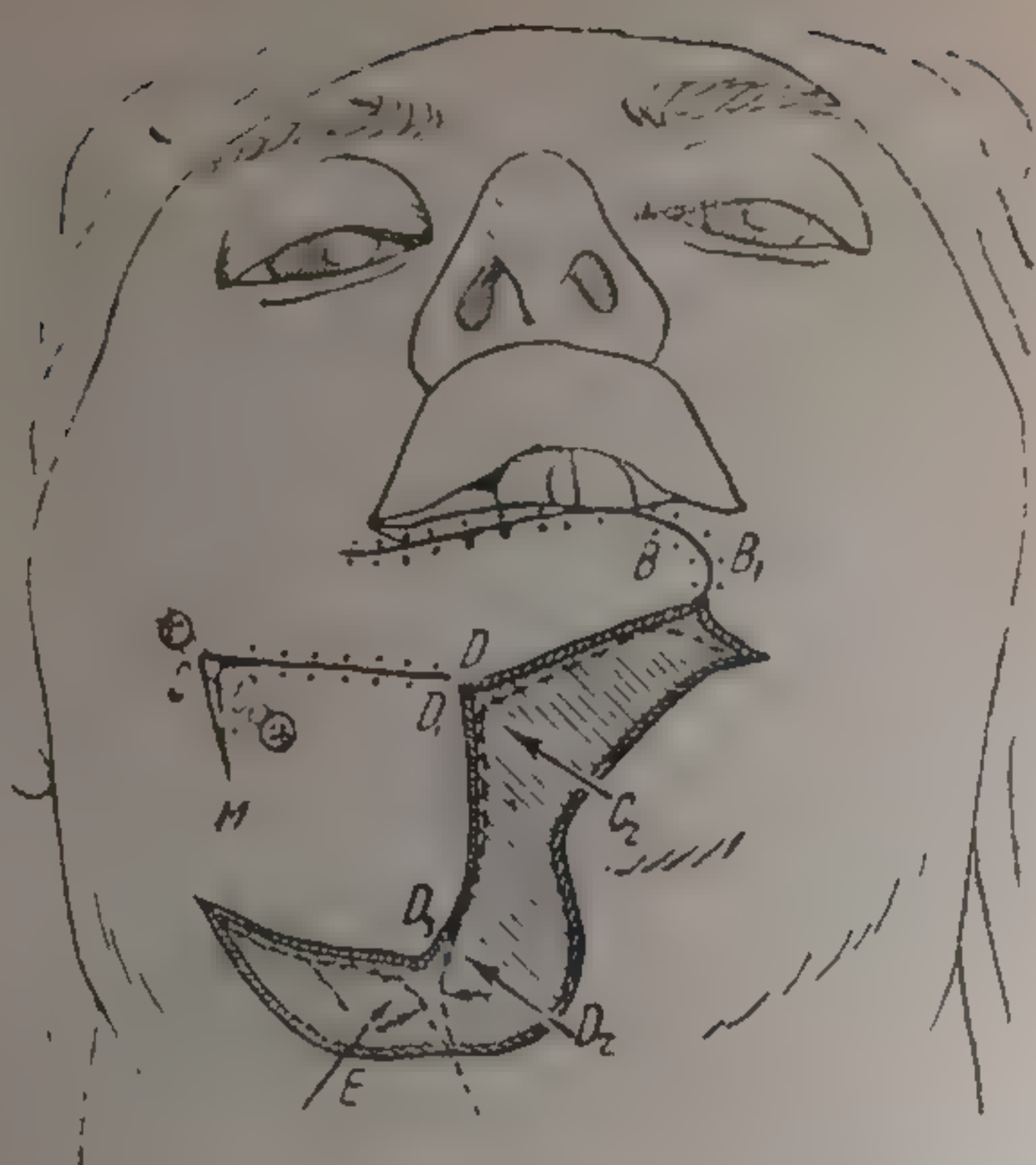


Рис. 151

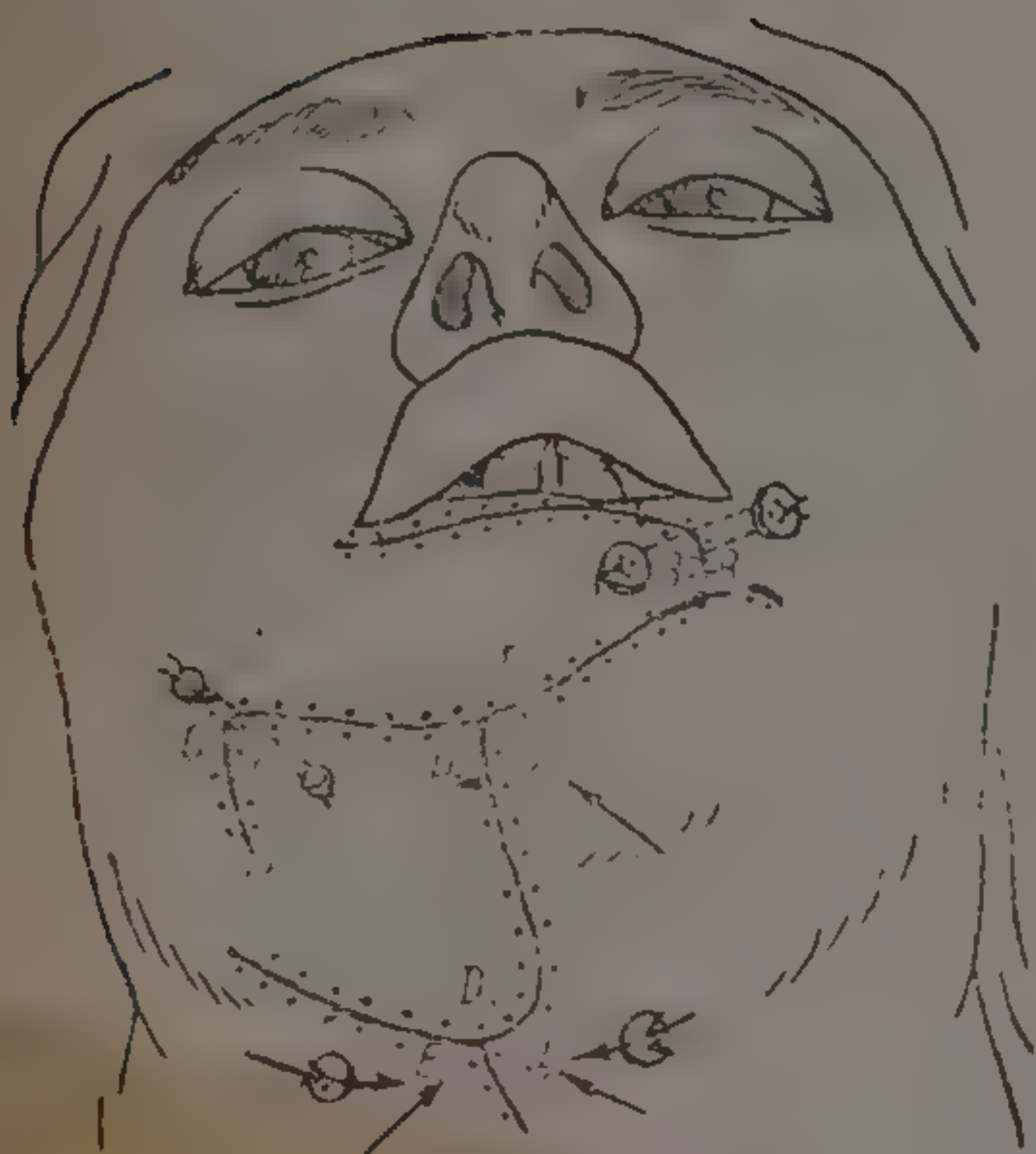


Рис. 152



Рис. 153

ность зажить *per secundam*. Сделано это для оформления подбородка и подбородочной впадины.

Больная выписана 8 декабря 1929 г. с хорошими косметическим и функциональным результатами.

Случай 29

Больной С., русский, 44 лет, крестьянин-хлопковод. Поступил в отделение губы. Дефект был закрыт пластически. Через два года язва появилась вновь на том же самом месте. На этот раз больной обратился за помощью к деревенскому знахарю, в результате лечения которого наступил обширный некроз

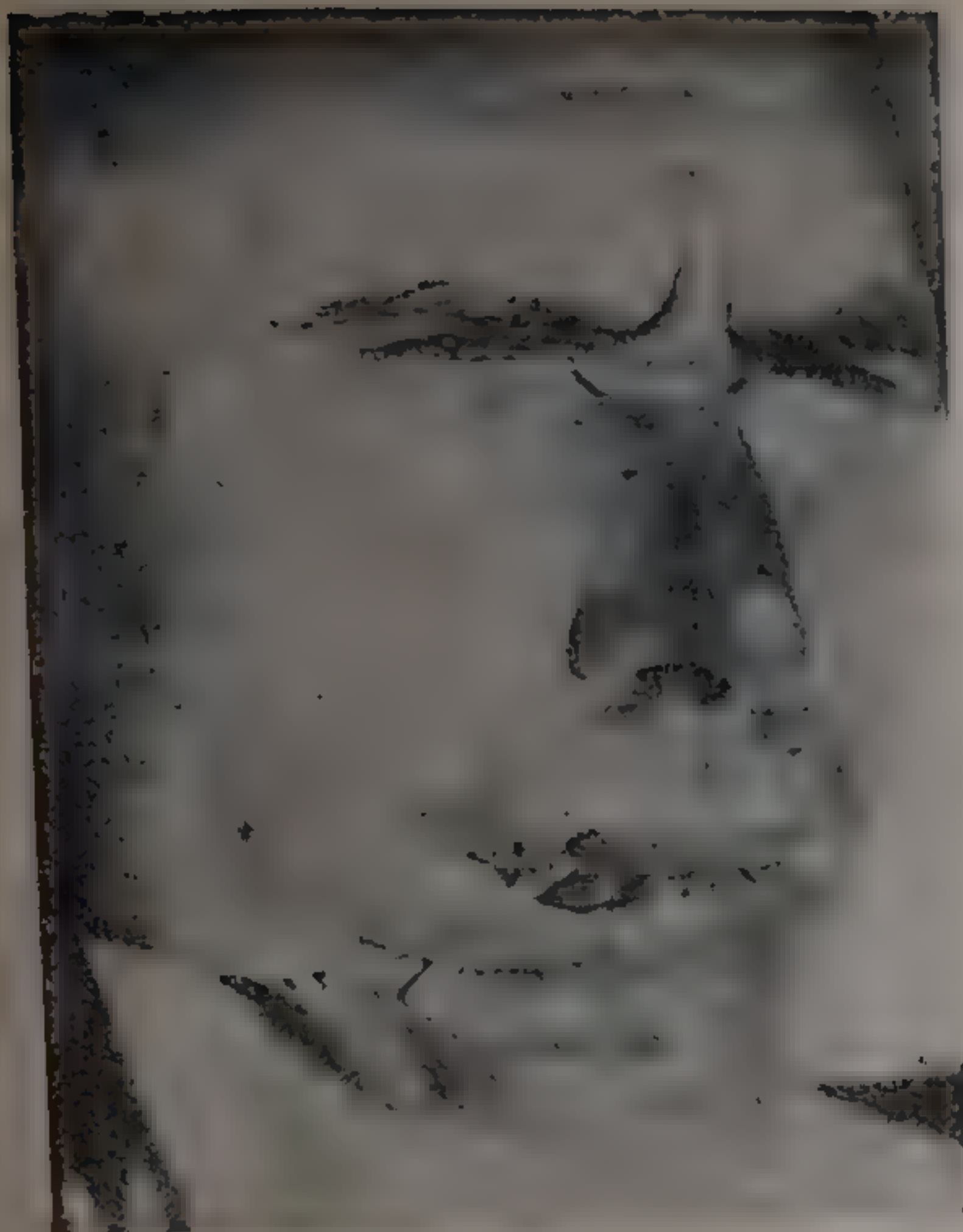


Рис. 154



Рис. 155

кожи в области правой половины нижней челюсти, подбородка и нижней губы, однако вскоре заживший.

От правой половины нижней губы остается лишь узенькая полоска кожи, лишенная красной каймы. Эта полоска покрывает сквозной дефект губы (рис. 154), который тянется на всем протяжении полоски. Через отверстие непрерывно и непроизвольно выделяется слюна. Слизистая альвеолярного отростка переходит непосредственно в рубец, покрывающий наружную поверхность горизонтальной рамы нижней челюсти на месте бывшего некроза кожи. Замыкание ротового кольца невозможно.

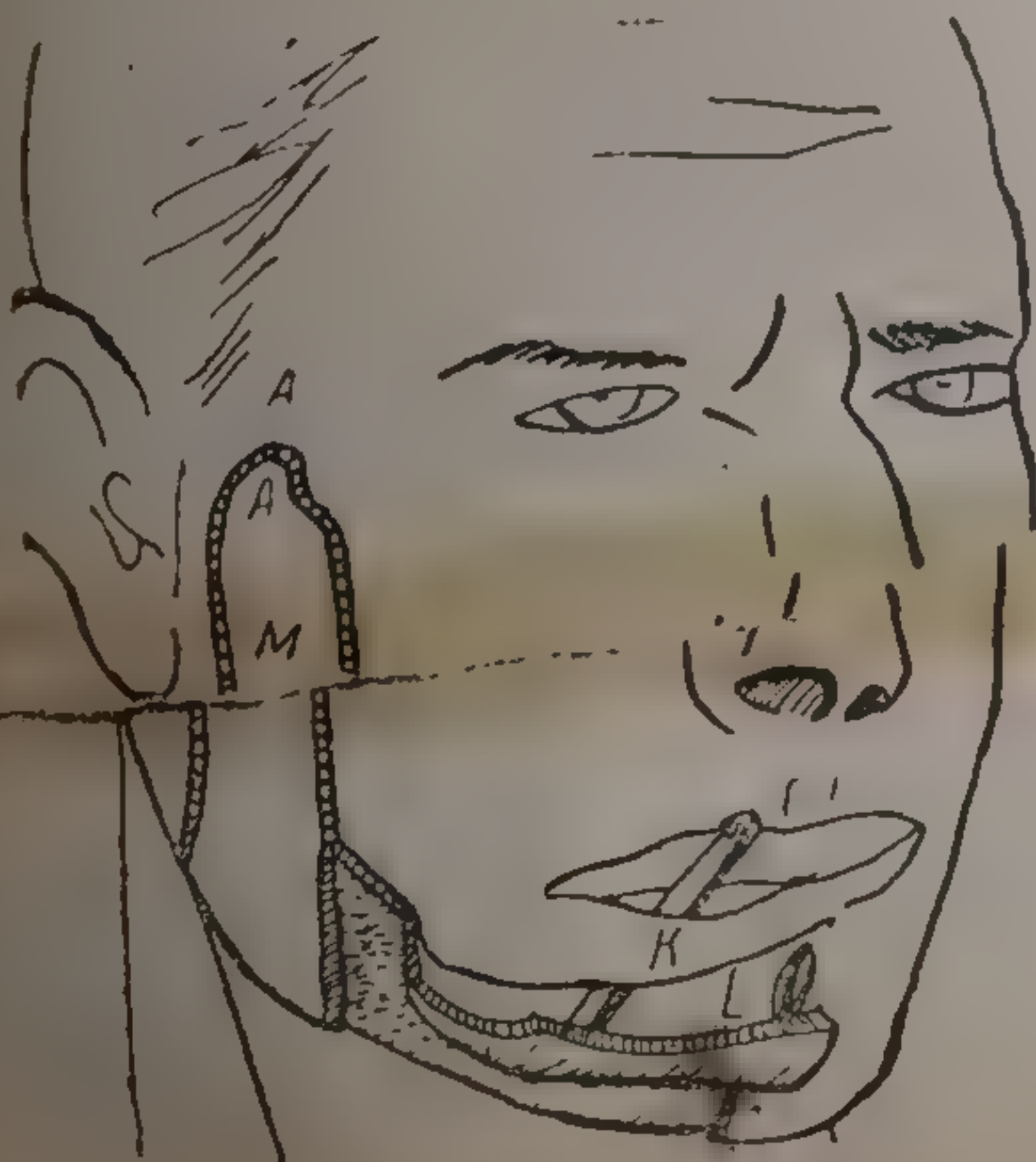


Рис. 156

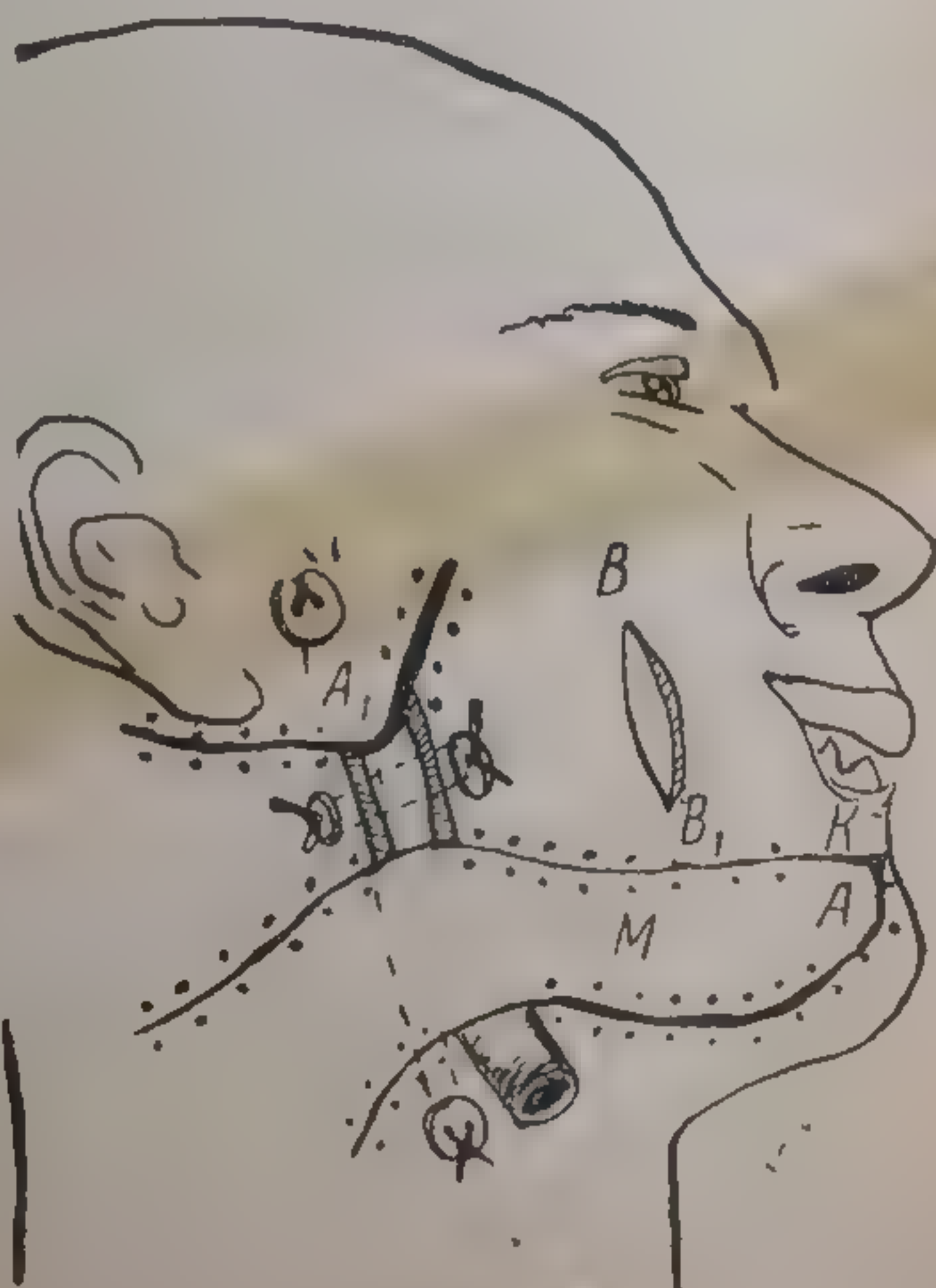


Рис. 157

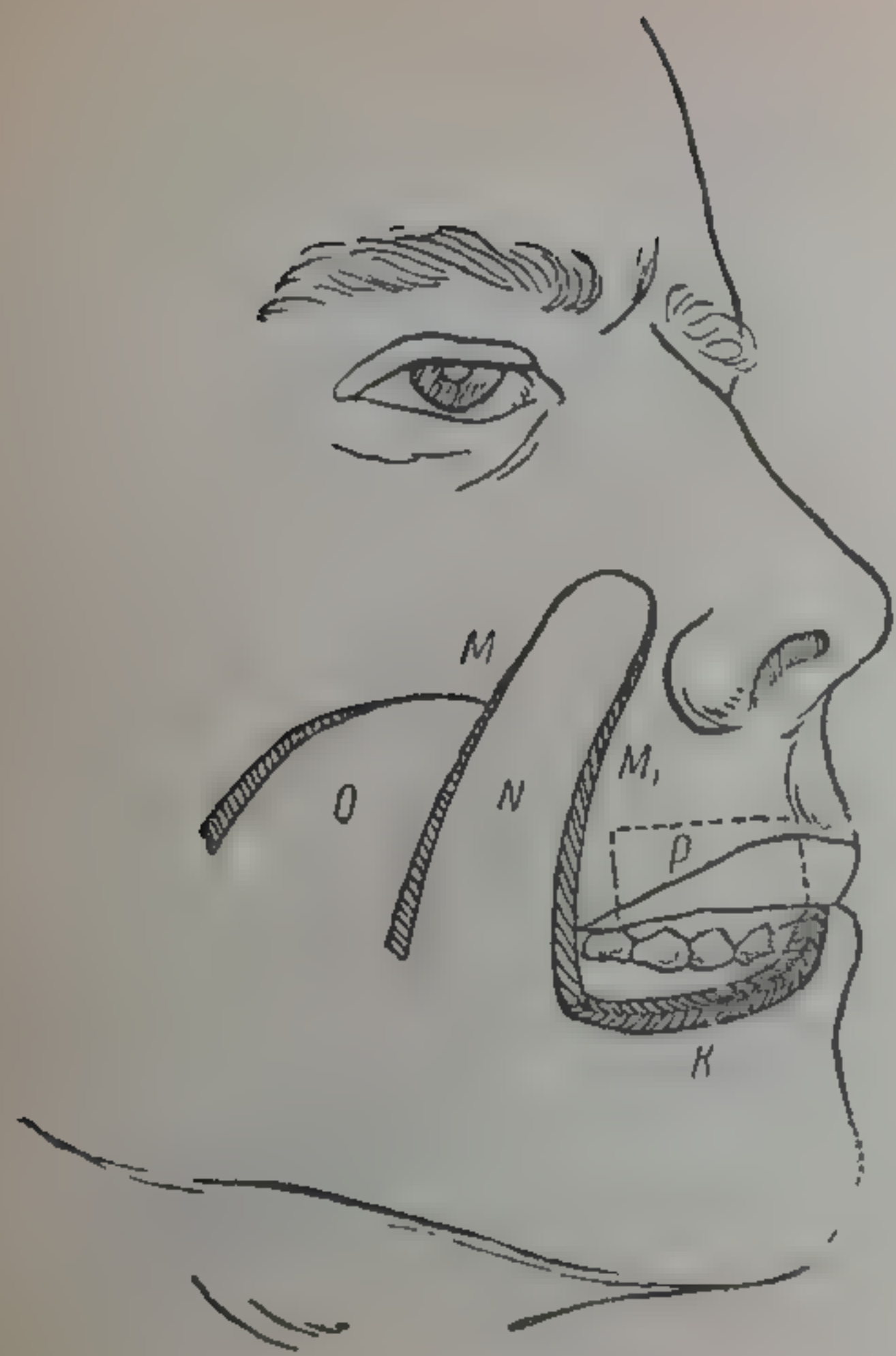


Рис. 158

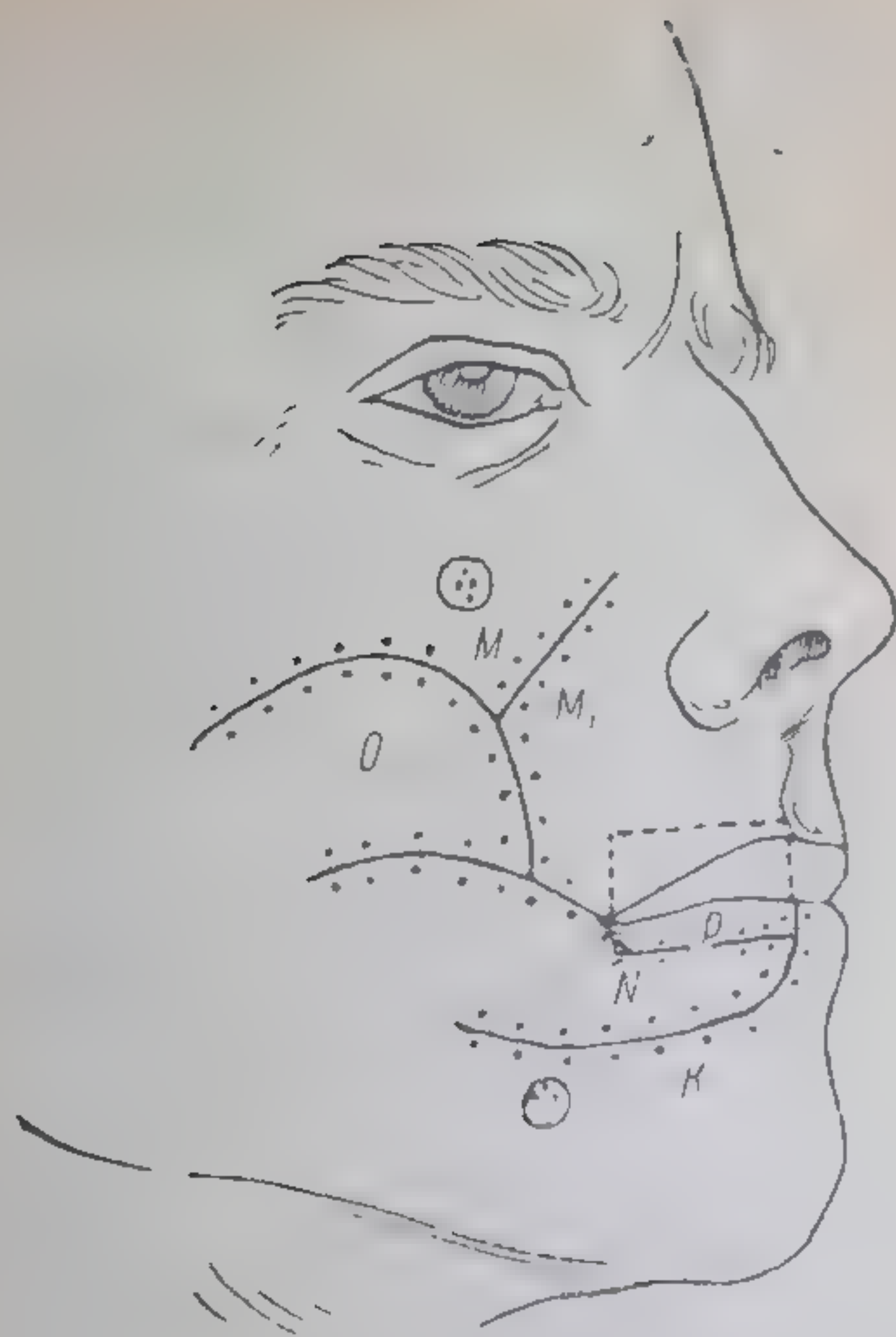


Рис. 159

Кроме восстановления красной каймы необходимо было закрыть сквозной дефект нижней губы, т. е. создать переходную складку слизистой.

Операция разбита на две части: 1) закрытие сквозного дефекта и создание *sulcus labialis*; 2) восстановление красной каймы.

9 декабря 1926 г. операция. Местная анестезия. Для образования переходной складки слизистой на наружной поверхности нижней челюсти в области дефекта выкроен лоскут *L* (рис. 156) на рубцовой ткани. Основание лоскута составляет слизистая альвеолярного отростка; тело лоскута—рубцовая ткань, покрывающая наружную поверхность челюсти. Нижний край остатка губы *K* расщеплен по длине на всем протяжении.

Образовалось два края—внутренний и наружный.

Лоскут *L* повернут вокруг своего основания эпителиальной поверхностью внутрь, а раневой наружу и подшит кетгутом к внутреннему краю остатка губы *K*. Этим образована переходная складка слизистой. Остатки рубцовой ткани на наружно-боковой поверхности нижней челюсти иссечены. Большая раневая поверхность, образовавшаяся при этом, закрыта опускающимся лоскутом *M*, выкроенным на боковой поверхности щеки в области *m. masseter* (рис. 156 и 157). Лоскут *M* хорошо закрыл весь дефект, включая раневую поверхность лоскута *L*. Этим было создано надежное наружное покрытие.

Под лоскут *M* введен стеклянный дренаж. Раневая поверхность на месте лоскута *M* уменьшена матрасными швами. Для уменьшения натяжения сделан добавочный разрез *BB₁* (рис. 157). Полного соприкосновения краев раны на всем протяжении получить не удалось. Остающаяся раневая поверхность $1 \times 1,5$ см покрыта тиршевским трансплантатом с левого плеча.

12 декабря 1926 г. дренаж удален, 15 декабря 1926 г. сняты швы.

Небольшое нагноение под лоскутом *M* быстро ликвидировано применением местно тепла и бировского бинта на шею.

Оставалось восстановить красную кайму и часть тела губы, соседнюю с этой каймой.

13 января 1927 г. операция. Местная анестезия. Верхний край лоскута *K* расщеплен на всем протяжении по своему ребру, причем образовалось два края—наружный и внутренний. Затем выкроен назо-лабиальный лоскут *N*



Рис. 160

(рис. 158), содержащий на внутренней поверхности жир. Лоскут этот, будучи повернут вокруг своего основания и подшит к наружному краю освеженного дефекта, восполнил недостающую часть тела губы. Оставалось образовать красную кайму и слизистую оболочку. Для этого на внутренней поверхности верхней губы, как раз напротив дефекта, выкроен лоскут слизистой *P* основанием у свободного края верхней губы. Лоскут повернут вниз и фиксирован швами к верхнему краю лоскута *N*. Образовалась красная кайма¹.

Дефект на месте назо-лабиального лоскута *N* закрыт образованием добавочного лоскута *O* и частично — натяжением краев раны. Все это сделано так, как показано на рис. 159. Затем наложен один шов по линии наибольшего натяжения, рот зашит на 10 дней. На 5-й день сняты швы. *Prima intentio*. Лоскуты прекрасно прижились.

На рис. 160 вид больного после операции на 25-й день. Правый угол рта несколько вдавлен. Назо-лабиальный лоскут натяжением верхнего края способствует этому. Непроизвольное слюнотечение прекратилось.

От дальнейшей коррекции правого угла рта больной отказался.

Рис. 155 — фотография, присланная больным через полгода после операции.

Случай 30

Больная Н. Ш., тюрчанка, 35 лет. Поступила в отделение 24 октября 1925 г. Болеет три года. Нижняя губа представляет собой огромную распадающуюся раковую опухоль.

Подбородочные железы увеличены, шейные и надключичные едва прощупываются. Больная беременна. Для того чтобы после удаления опухоли иметь кожу для покрытия раневой поверхности, решено предварительно образовать на шее два филатовских стебля и на стеблях позже перенести необходимый трансплантат.

21 октября 1925 г. операция. Общий эфир-хлороформный наркоз. Совершенно симметрично на шее, справа и слева, по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus*,

¹ Подробно о технике образования красной каймы см. в случае 20.



Рис. 161



Рис. 162

образованы два филатовских стебля. Все зашито наглухо. С целью оградить операционное поле от инфекции наложена марлевая повязка, сплошь залитая колодием.

31 октября сняты швы. *Prima intentio*. На боковых отделах шеи располагаются два мощных стебля (рис. 161).

10 ноября 1925 г. операция. Общий эфи́ро-хлороформный наркоз. Опухоль очерчена разрезом в пределах здоровых тканей так, как это показано пунктиром на рис. 163.

После удаления опухоли оказалась обнаженной значительная часть дуги нижней челюсти, нижняя поверхность подбородка—до уровня подъязычной кости. Проведены два параллельных разреза по медиальным краям *m. sternocleido-mastoideus* (рис. 163). Образовавшийся прямоугольный лоскут $DABA_1D_1$

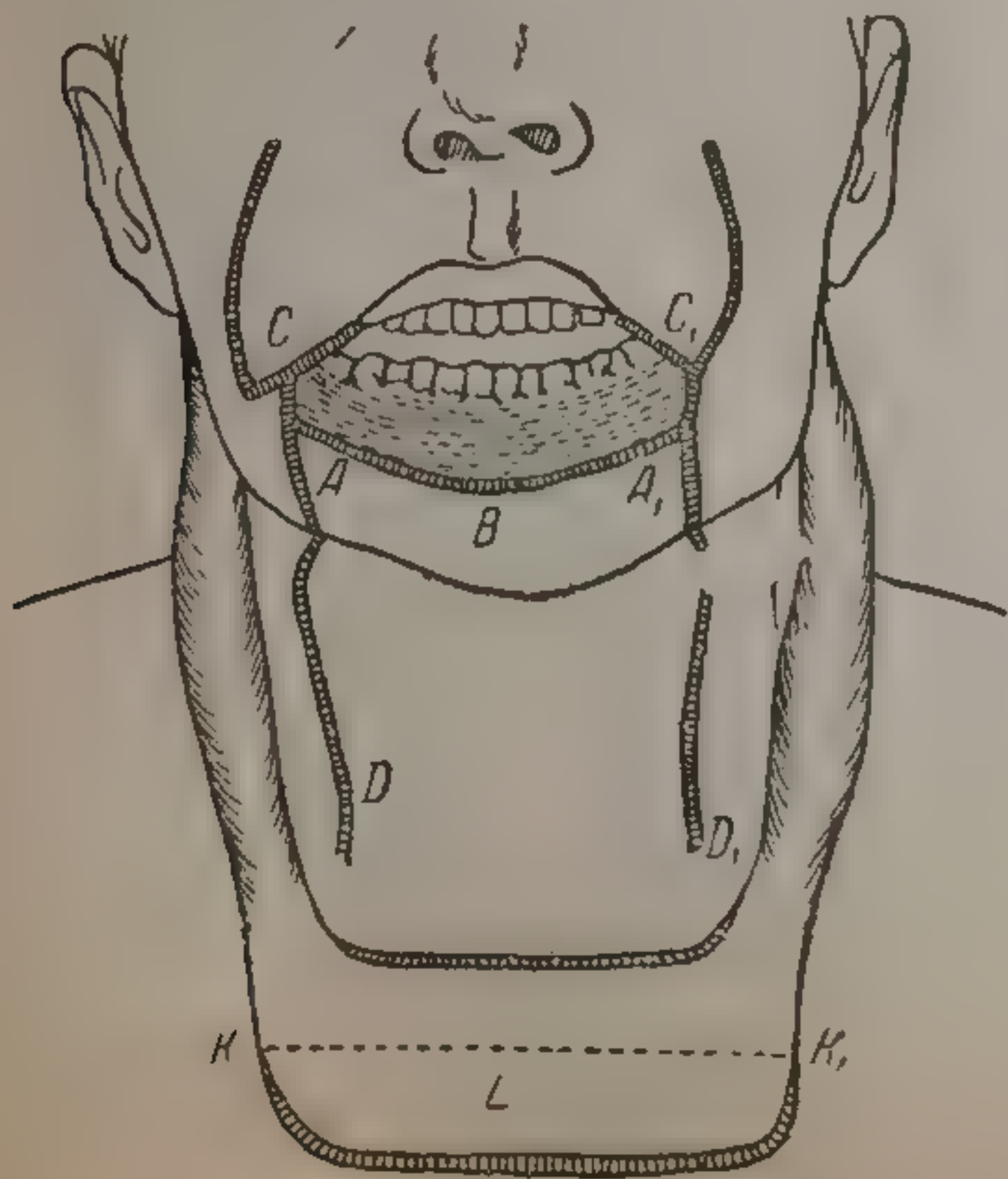


Рис. 163

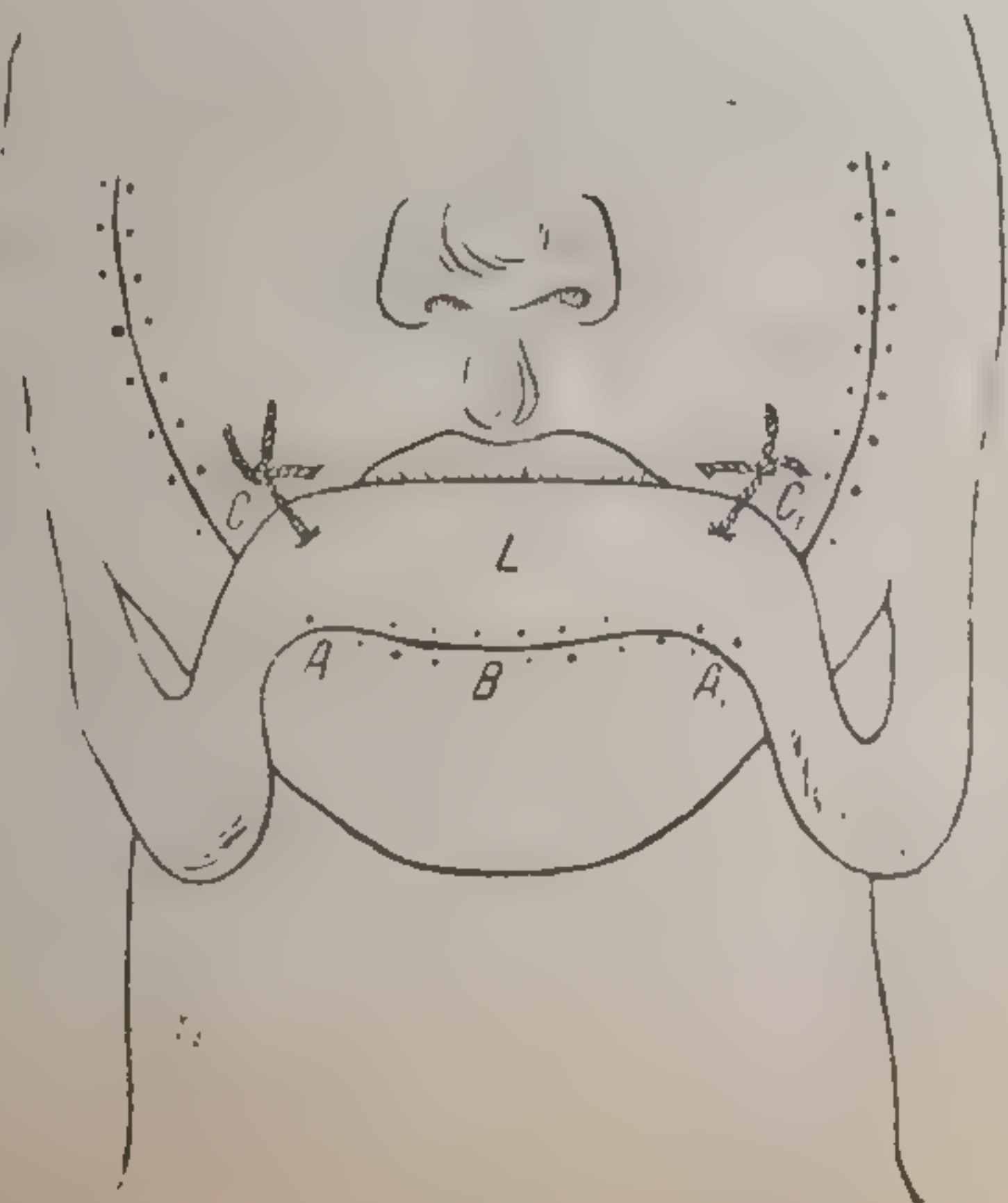


Рис. 164

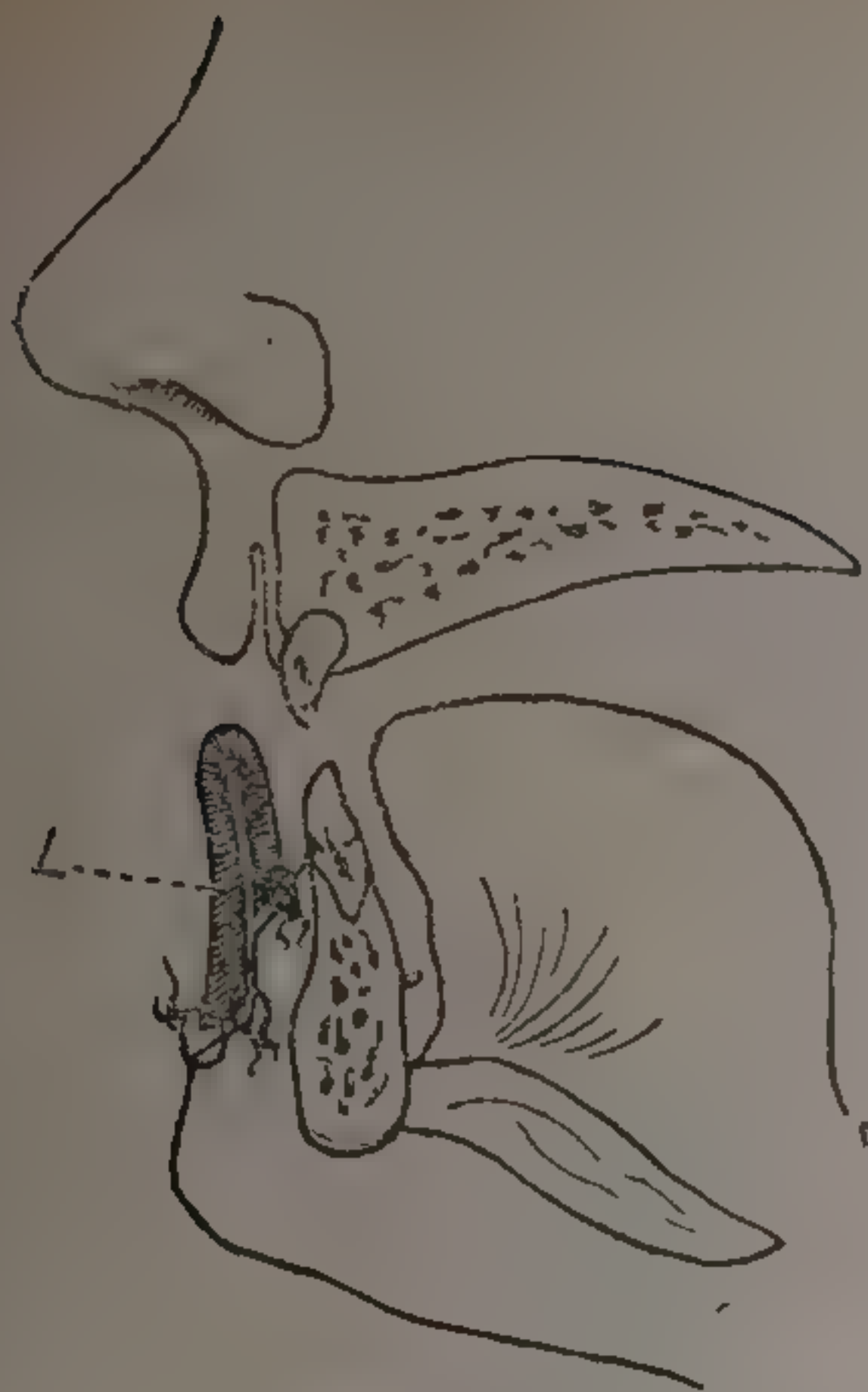


Рис. 165

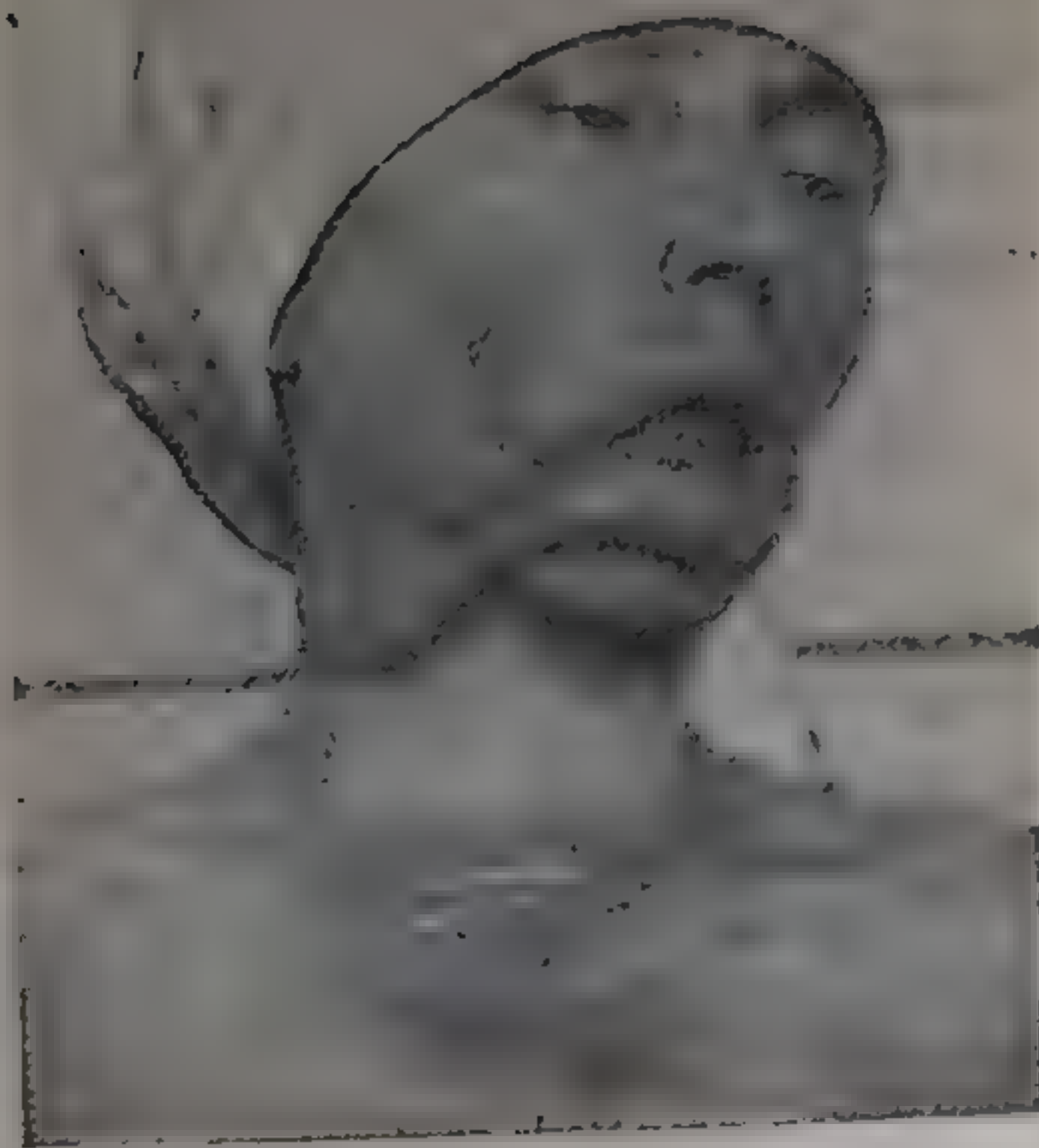


Рис. 166

с основанием вблизи *jugulum externi* откинут вниз. Обнажены больше сосуды шеи; и по ходу их удалены железы. Удалены также подбородочные и подчелюстные железы. При помощи натяжения лоскута *DABA₁D₁* вверх удалось закрыть всю раневую поверхность шеи и подбородка вплоть до подбородочной впадины. Обнаженными остались альвеолярный отросток и зубы (рис. 163). В нижние углы лоскута *DABA₁D₁* введены с обеих сторон дренажи.

Образование губы решено отложить на ближайшее время к чему нас побуждала недостаточная асептичность операции и незрелость филатовских стеблей.

Лоскут *DABA₁D₁* прижился. Больная после удаления опухоли стала быстро поправляться.

24 ноября 1925 г. операция. Общий эфир-хлороформный наркоз при помощи катетера, введенного в трахею через нос.

На груди, в области рукоятки грудной, между двумя концами филатовских стеблей образован стреленообразный лоскут *L* для постройки нижней губы (рис. 163).

Лоскут *L* удвоен по пунктиру *KK₁*. Кожная поверхность, обращенная внутрь, должна заменить слизистую, выпуклая часть лоскута—ее свободный край и тело. Удвоенный лоскут *L* перенесен на двух стеблях и пришит к освещенной поверхности на место отсутствующей губы так, как показано на рис. 164 и 165.

Двумя добавочными разрезами через всю толщу щеки образованы лоскуты *C* и *C₁*, сдвинутые к средней линии (рис. 163 и 164), облегчившие образование углов рта. На рис. 165 показана в сагитальном разрезе новая губа. Лоскут *L* хорошо прижился.

7 декабря 1925 г. под местной анестезией отсечен и удален левый питающий стебель. На рис. 166 вид больной после этой операции. Правый стебель еще остается;

11 декабря 1925 г. отсечен и удален правый стебель.

В течение января 1926 г. больной было сделано несколько косметических поправок. Рана на груди, на месте взятого лоскута *L*, зажила.

В начале февраля на передней поверхности нижней челюсти обнаружен рецидив опухоли.

25 февраля 1926 г. операция. Двусторонняя мандибулярная анестезия. Разрезом по нижнему краю нижней челюсти обнажена подбородочная дуга. Произведена поперечная резекция подбородочной части челюсти в пределах

премолиров. На остающиеся коренные зубы падет временный каучуковый протез, правая и левая половины протеза соединены металлической дугой. Протез удерживает фрагменты нижней челюсти в нормальном положении.

Язык фиксирован при помощи толстой шелковой лигатуры, проведенной через *pharynx* к металлической дуге шины.

Послеоперационное течение прошло без особых осложнений. 16 марта 1926 г. больная родила доношенного ребенка, 30 апреля 1926 г. ей был изготовлен постоянный протез.

На рис. 162 окончательный результат операции (9 мая 1926 г.).

Вследствие недостаточной глубины дна рта изготовление протеза представляло значительные трудности.

Случай относится к нашим ранним операциям.

Случай 31

Больная Л., тюрчанка, 18 лет, крестьянка. В раннем детстве перенесла какое-то язвенное заболевание в области подбородка (ному?)—у больной совершенно разрушены нижняя губа и подбородок. Слизистая дна рта, спаявшаяся с кожей шеи, вывернута наружу. От нижней челюсти, от ее горизонтальных рам, остается узенькая костная полоска (рис. 167, 168). На нижней челюсти сохранились расположенные симметрично справа и слева последние коренные зубы, по одному с каждой стороны. У углов рта имеются остатки красной каймы нижней губы, длиной 6—7 мм. Углы рта, оттянутые мимическими мышцами кверху и кнаружи, усиливают зияние ротового отверстия. Непрерывно стекает слюна. На вывернутой слизистой видны выводные протоки желез дна рта, выделяющие слюну. Подбородок ушел далеко назад. Чтобы скрыть свое уродство, больная носит чадру.

План операции состоял в следующем: первый акт—образование нижней губы; второй акт—образование подбородка.

Первый акт. Остатки красной каймы у углов рта, достаточно мобилизованные, должны были восстановить свободный край губы. К имеющимся по



Рис. 167



Рис. 168



Рис. 169

одному с каждой стороны коренным зубам надо было пристроить протез, на выпуклость которого должна была лечь новая губа.

С этой целью на коренные зубы сделаны металлические каппы, к которым припаяна металлическая дуга, а на последней, на штифтах, посажен каучуковый протез. Сделано было так потому, что обыкновенный протез во рту не держался. На рис. 170 и 171 изображена нижняя и жевательная поверхность протеза.

Изготовить протез удалось не сразу, и лишь после внесения нескольких модификаций (протез изготовлялся д-ром Е. Е. Теслером) был получен вполне удачный экземпляр. Тело нижней губы, наружное покрытие и выстилку решено было образовать из окружающей кожи подбородка.

Пока изготовлялся протез, были начаты подготовительные операции для второго акта.

Образование подбородка решено было вести так: под кожу груди переносится ребро, вжившее ребро вместе с кожей и жиром переносится на двух филатовских стеблях на подбородок. Ребро должно было образовать костную



Рис. 170



Рис. 171



Рис. 172

выпуклость подбородка, кожа—подставить нижнюю губу и оформить наружное покрытие подбородка.

5 марта 1930 г. операция. Общий эфирный наркоз. На шее—справа и слева—симметрично по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* образованы два филатовских стебля основанием у сосцевидного отростка и лоскутными концами у грудно-ключичного сочленения.

Гладкое послеоперационное течение. К моменту заживления был изготовлен протез. На рис. 172 вид больной к концу этой операции. Мощные филатовские стебли подходят к области будущего кожно-костного трансплантата. Протез хорошо сидит на металлической дуге.

10 апреля 1930 г. операция. Местная анестезия. Резецировано VIII ребро, длиной в 15 см. На ребре сохранена наружная пластинка надкостницы. Извлеченное ребро надпилено на четыре равных отрезка, сохраняющих связь на надкостнице.

Слева на груди ниже лоскутного конца филатовских стеблей продольный разрез. Через этот разрез при помощи элеватора кожа минирована в направлении противоположной стороны. В образованный канал помещен костный трансплантат надкостницей наружу. Наложен глухой шов.

Гладкое послеоперационное течение.

Таким образом были закончены все подготовительные операции для второго акта. К этому времени мы окончательно оформили устройство описанного выше протеза, больная к нему привыкла, и уже можно было приступить к образованию нижней губы.

7 мая 1930 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Остатки нижней губы и красной каймы справа и слева мобилизованы в виде треугольных лоскутов *A* и *A₁* таким образом (рис. 173), что продолжением их служит подлежащая щека во всю толщу. На месте перехода слизистой дна рта в кожу подбородка образован опрокидывающийся лоскут *B*.

Лоскуты *A* и *A₁* с натяжением сшиты по средней линии над протезом. Внутренний нижний край этой новой красной каймы шит с опрокидывающимся лоскутом *B*. Таким образом создана выстилка нижней губы и *sulcus labialis*.

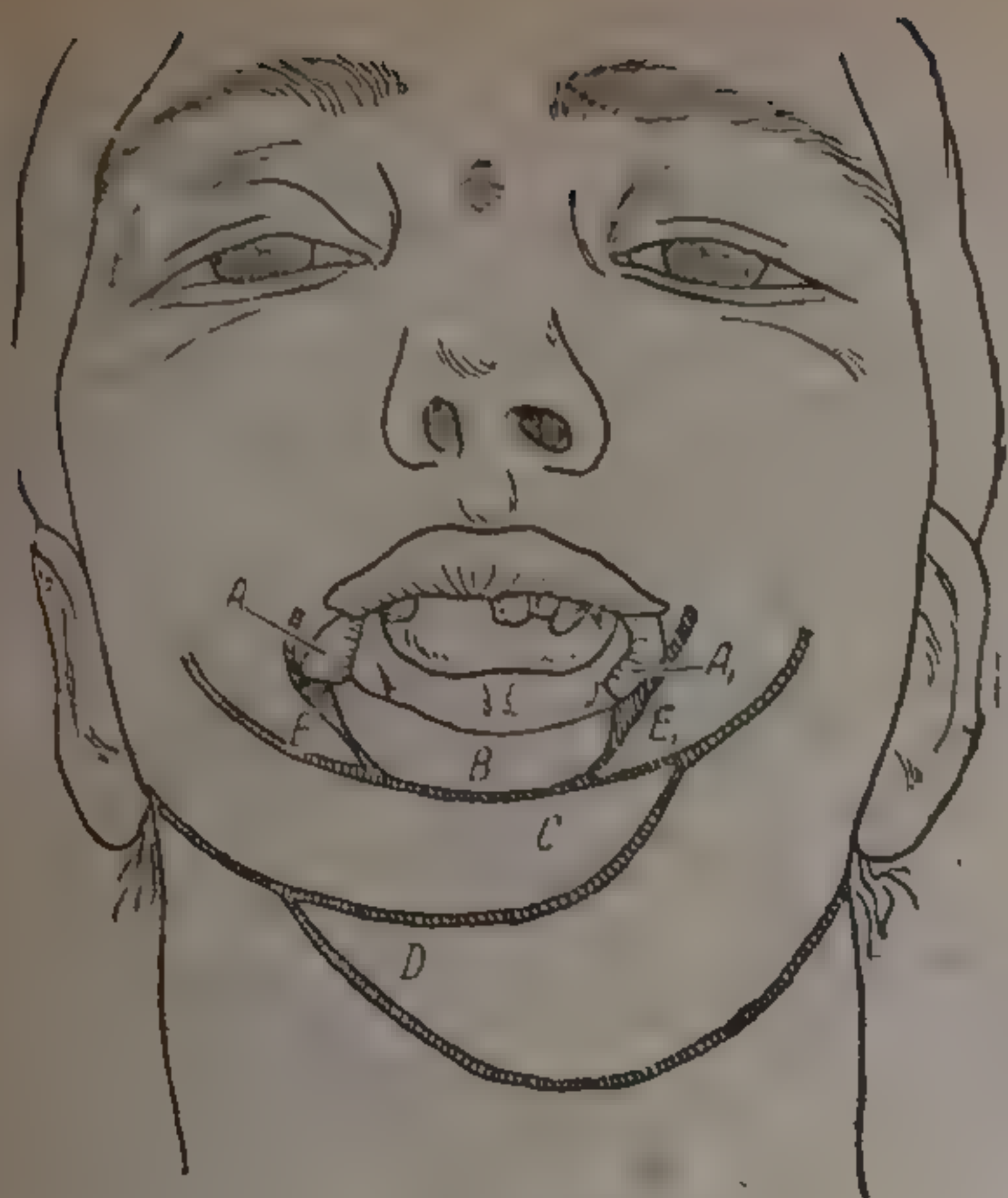


Рис. 173

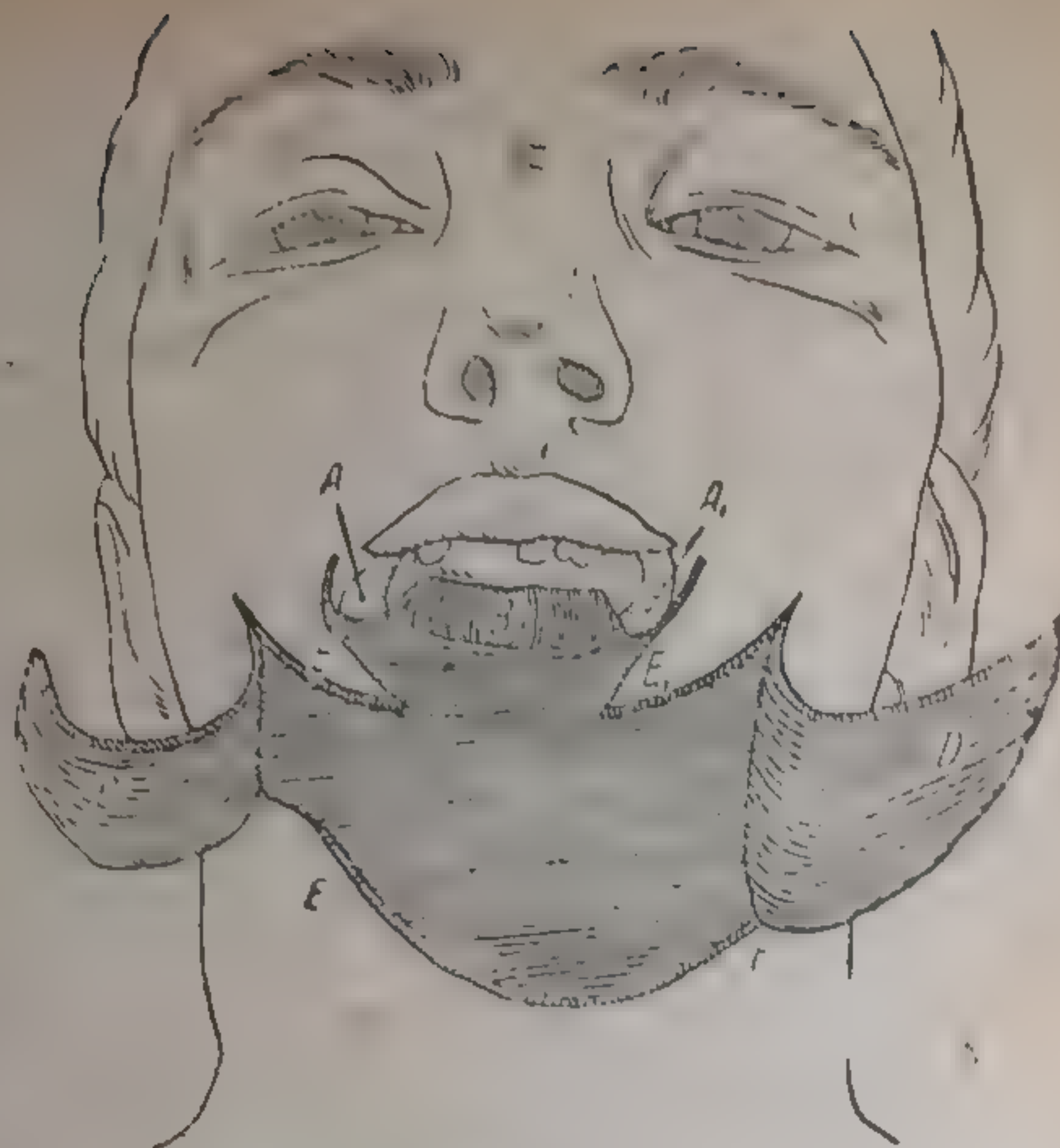


Рис. 174

Для образования наружного покрытия тела губы выкроены два треугольных встречных лоскута E и E_1 (рис. 173, 174). Лоскуты эти, сшитые один с другим так, как это показано на рис. 175, подставили новую красную кайму. Однако они сами нуждались в опоре и к тому же надо было закрыть образовавшуюся от выкраивания раневую поверхность. С этой целью ниже выкроены два больших лоскута C и D (рис. 173, 174).

Лоскут D пришит умышленно с большим натяжением под новой губой: натяжение по его верхнему краю удерживает все, что находится выше него. Лоскут C , натягивая лоскут D по его нижнему краю, облегчает эту задачу. Повсюду по линии наибольшего напряжения наложены пуговичные швы. Оставшийся дефект ниже лоскута стянут по направлению FF_1 (рис. 175).

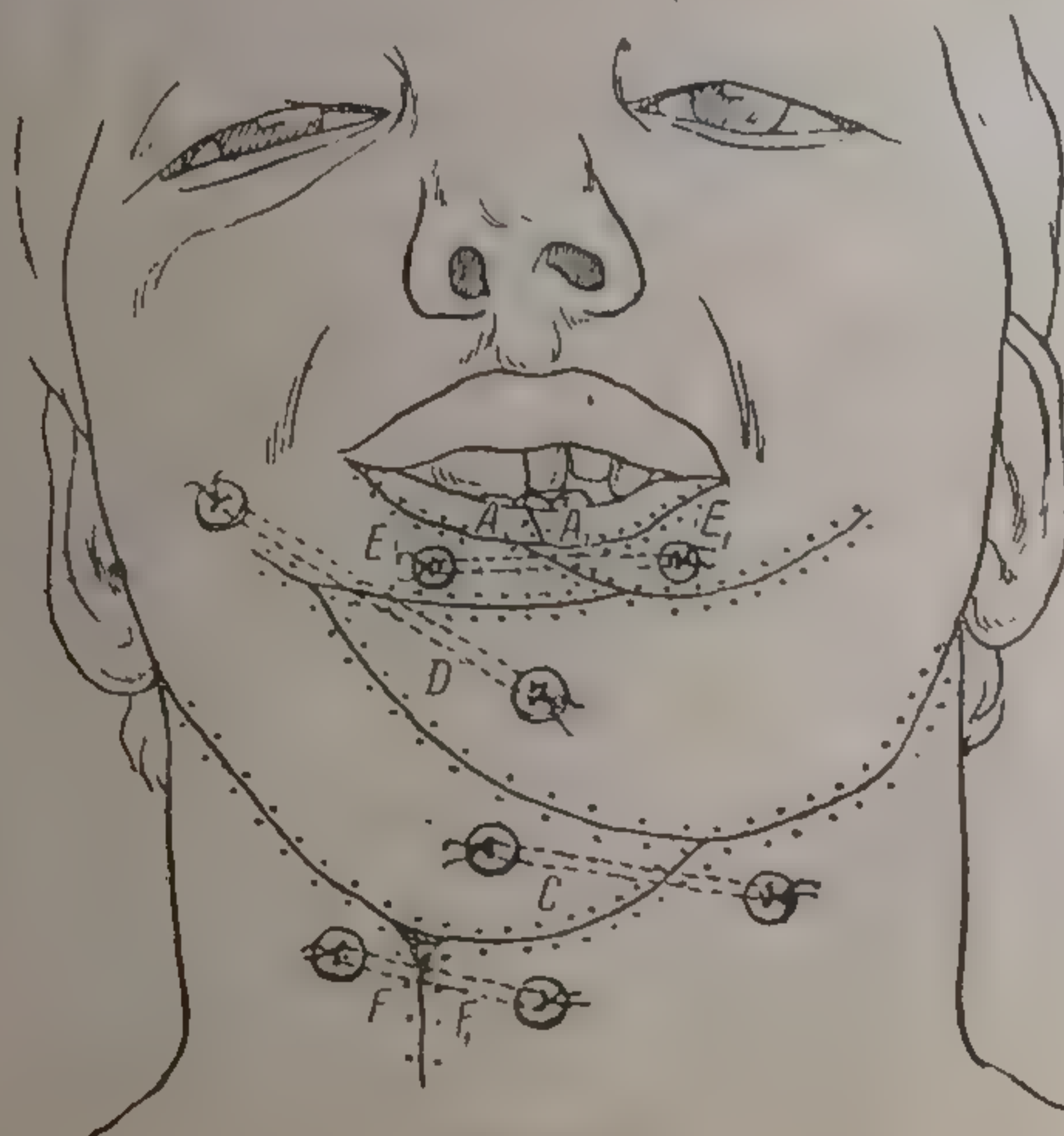


Рис. 175



Рис. 176

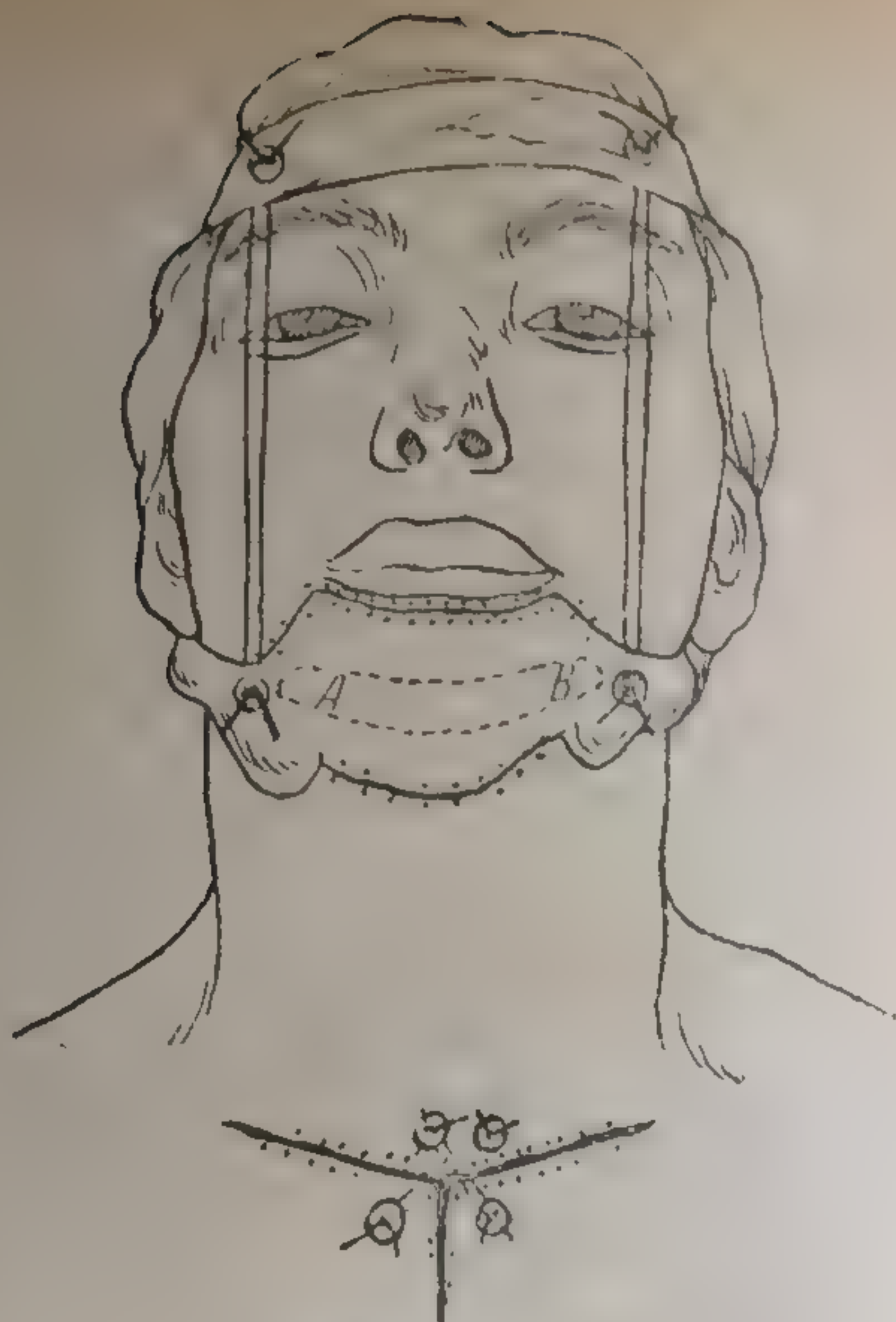


Рис. 177

Небольшой участок размером 3×5 мм у вершины лоскута *E* омертвел, но это никак не отразилось на течении, и все прошло гладко. На рис. 176 вид больной после операции. Намеченный планом результат вполне достигнут.

17 июля 1930 г. операция. Местная анестезия. Лоскутные концы филатовских стеблей удлинены вниз. Будущий лоскут кожи на груди очерчен разрезом снизу и с боков и отслоен кверху вместе с костным трансплантатом. Под кожный лоскут уложена свинцовая пластинка, но размером несколько меньше площади лоскута. Лоскут уложен на свое место и пришит к материнским краям конским волосом наглухо.

24 июля 1930 г. операция образования подбородка. Разрезом по нижнему краю красной каймы (рис. 177) последняя мобилизована и отодвинута кверху до нормального уровня. Тем же разрезом мобилизована кожа подбородка и отодвинута вниз. Обнажена дуга нижней челюсти. Образовавшаяся ранаевая поверхность закрыта лоскутом с груди. Для этого грудной лоскут, содержащий пересаженное ребро *AB*, окончательно отделен от материнской почвы и на двух стеблях, подходящих к его верхнему краю, перенесен на рану подбородка. Костный трансплантат по линиям бывших распилов надломлен. Лоскут уложен на рану подбородка, где фиксирован швами из конского волоса. Костный трансплантат лег на обнаженную челюсть.

Филатовские стебли прошиты по верхнему краю шелковыми швами на пуговицах и подвешены к пояску вокруг головы (пояском служил ремешок от лобного ушного зеркала). Назначение этих швов ослабить в первые дни после операции тяжесть всей конструкции и предупредить раннее прорезывание швов. Рана на груди стянута сильными швами.

На рис. 177 схема операции. *AB*—костный трансплантат.

Гладкое послеоперационное течение. Все великолепно прижилось.

На рис. 178 результат операции.

14 и 21 августа 1930 г. иссечены поочередно левый и правый стебель. Наружные края подбородочного лоскута вклевлены с косметическими поправками в край воспринимающей почвы.



Рис. 178



Рис. 179

На рис. 179 изображен результат этой операции после добавочных мелких косметических поправок.

Подбородок приобрел нормальную форму. Красная кайма еще имеет небольшую выемку по середине.

15 января 1931 г. операция. Местная анестезия. Сквозной разрез по нижнему краю красной каймы на месте выемки. Красная кайма мобилизована на некотором протяжении в обе стороны. Мобилизованная красная кайма пересечена поперек. Концы освежены в виде черепицы и сшиты один с другим таким образом, что правый край лежит под левым на некотором протяжении.

Операция эта исправила выемку, но красная кайма, рубцово измененная, не имеет достаточно яркой окраски. Больная отклонила предложение пересадить слизистую для красной каймы с верхней губы и уехала к себе в деревню.

27 декабря 1931 г. больная явилась вновь для образования ей красной каймы, что и было сделано под местной анестезией, по способу, описанному выше¹.

На рис. 169 окончательный результат операции.

Случай 32

Больная Г., армянка, 15 лет, школьница. Шесть лет назад после сыпного тифа перенесла помпу в области левого угла рта. Судя по рассказам матери, была разрушена также и челюсть с образованием ложного сустава. В 1929 г. в ахалцхской уездной больнице подверглась восстановительной операции и костной пластике нижней челюсти на месте ложного сустава. Трансплантат, извлеченный из ребра, прекрасно прижился, но прикус остался неправильным. Родители были неудовлетворены косметическим результатом, поэтому девочка подверглась повторной пластической операции в одной из тифлиских больниц, где была сделана наклонная плоскость на 8. 7. 6. 5. 4. которая исправила артикуляцию. Затем был образован филатовский стебель на левом

¹ См. случай 20, стр. 69.



Рис. 180



Рис. 181



Рис. 182



Рис. 183

плече и перенесен в область дефекта, где он хорошо прижился. Однако косметический результат вновь не удовлетворил слишком строгих требований на этот раз самой больной.

На рис. 180 и 181 вид больной при поступлении к нам в отделение. К сожалению у больной не сохранилось фотографии до пластических операций,

но, судя по тому, что было сказано выше, а также по размерам пересаженного лоскута, можно предполагать, что разрушение было велико. Достигнутый результат следует считать хорошим.

Мы приводим этот случай для того, чтобы показать необходимость при восстановлении дефектов лица использовать материал, который по своему характеру и по своей фактуре был бы аналогичен окружающим тканям.

Наружное покрытие, тело левой половины нижней губы, построено из кожи руки; этой же кожей хирург воспользовался для образования выстилки на месте большого дефекта слизистой щеки и губы, а также и для свободного края губы. Повидимому это был удвоенный лоскут. Позже красная кайма на восстановленной части была образована за счет лоскута слизистой с верхней губы, но на недостаточном протяжении. Вблизи угла рта остается участок белой кожи, лишенный красной каймы. Наружное покрытие тела верхней губы, несмотря на то что после операции прошло четыре года, продолжает оставаться инородной кожей, которая и окраской и некоторой одутловатостью выдает свое происхождение при отличном общем архитектурном замысле операции. При раскрывании рта и разговоре середина нижней губы по границе с восстановленной частью оттягивается вниз (рис. 181). Избыток жира между листками удвоенного лоскута вздувает подушкообразно и выстилку и наружное покрытие. Больную и родителей особенно смущает это обстоятельство, как и бросающаяся в глаза разность цвета лоскута и окружающих тканей.

Перед нами стояла задача убрать наружное покрытие, образованное из кожи груди, и заменить его окружающей кожей, выправить форму нижней губы на месте рубцового стяжения и образовать красную кайму слизистой по свободному краю нижней губы в области левой наружной трети. Одновременно необходимо было заменить протезом недостающие зубы слева.

10 марта 1935 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Наружный лоскут иссечен по границе его перехода в соседнюю кожу лица. По верхнему краю лоскута на месте его перехода в красную кайму оставлена от него узенькая полоска (рис. 184, 185). Красная кайма пересечена по середине на месте рубцовой перетяжки, мобилизованы подлежащие ткани. Края красной каймы освежены наискосок параллельно один другому по типу операции Миро.

Затем на подбородке выкроен большой кожный лоскут, отделенный от подлежащих тканей. Лоскут сдвинут вверх и влево. Натяжение лоскута А



Рис. 184

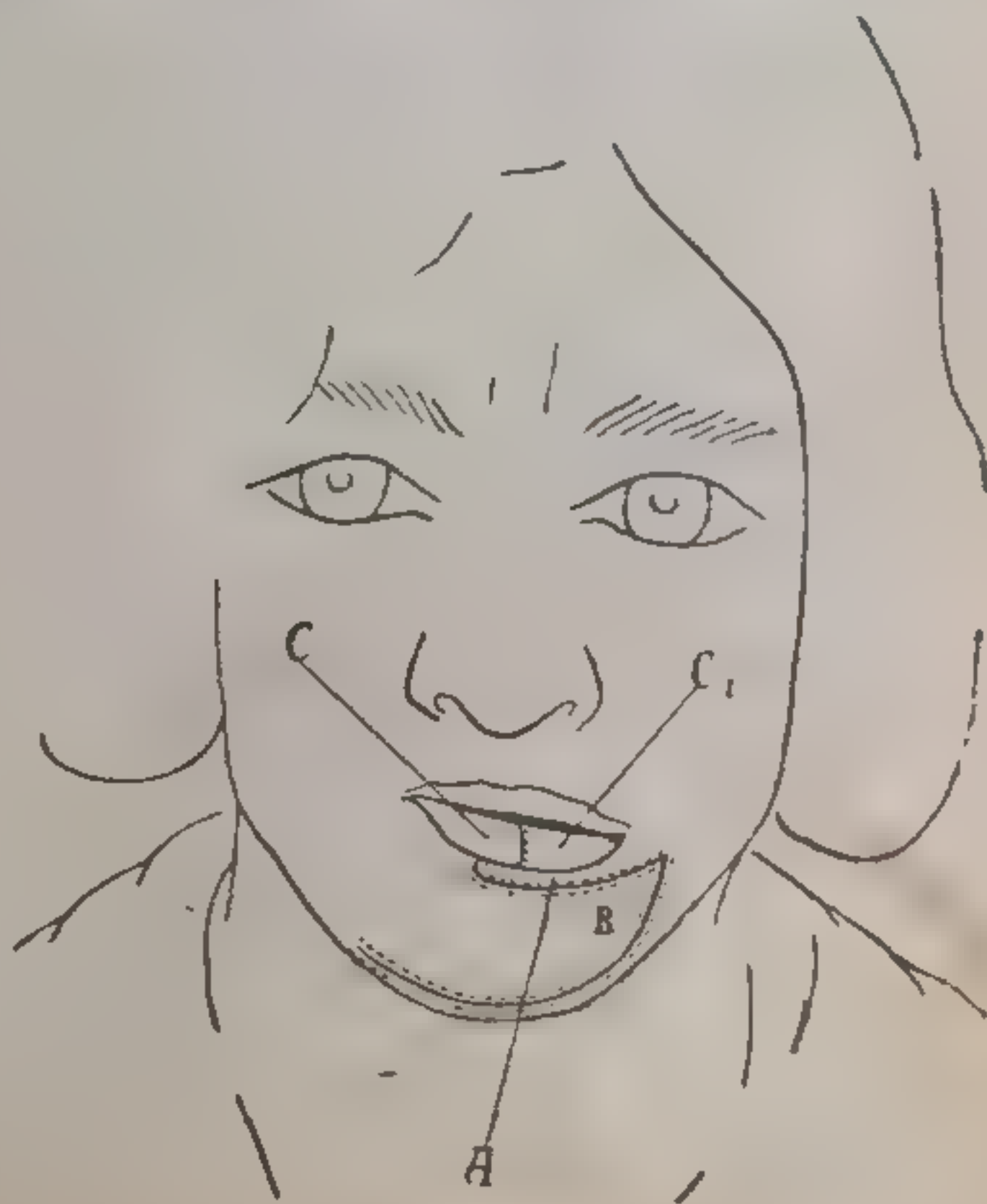


Рис. 185



Рис. 186



Рис. 187

по горизонтали, по верхнему краю, поддерживает линию поперечного шва на середине красной каймы.

Гладкое послеоперационное течение. Рана зажила первичным натяжением. На рис. 186 и 187 результат операции. Больная временно выписана. За это время изготовлен металлический мостовидный зубной протез.

4 апреля 1935 г. операция образования недостающей части красной каймы. Местная анестезия. Свободный край нижней губы, лишенный красной каймы, в наружной левой трети расщеплен во фронтальной плоскости на два листка. Войдя в глубину, удалили избыточный жир, который выдавливает выстилку внутрь. Затем на внутренней поверхности верхней губы, напротив дефекта, выкроен четырехугольный лоскут слизистой основанием к свободному краю губы, а свободным концом к корню губы. Лоскут опущен свободным концом вниз. Основание лоскута пришито тремя матрасными швами к внутреннему краю раны нижней губы. Свободный край лоскута пришит к наружному краю раны нижней губы. Схему этой операции см. в случае 20.

Рот замкнут на шесть дней одним межгубным пуговичным швом. Питание производилось жидкой пищей при помощи резиновой трубки, которую вводили в правый угол рта. Гладкое послеоперационное течение. Заживление первичным натяжением. На 9-й день ножка лоскута слизистой отсечена. Остаток лоскута возвращен на верхнюю губу. Несколько швов на верхней и нижней губах закрыли раневые края.

На рис. 182 и 183 результат операции в день выписки из отделения, 20 апреля 1935 г.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ВЕРХНЯЯ ГУБА

Разрушения верхней губы встречаются очень часто как следствие различных инфекций (нома, волчанка, сифилис), после удаления опухолей (карциномы, ангиомы и т. д.) и как результат тупой (удар копытом лошади, инструментом) или огнестрельной травмы и т. д. К травматическим повреждениям верхней губы нередко присоединяется повреждение верхней челюсти. Разрушение верхней губы может быть различной степени, начиная от выворота слизистой и потери красной каймы до полного отсутствия губы.

Мы различаем в верхней губе следующие схематические анатомические части: 1) тело губы, 2) основание губы, 3) свободный край—красную кайму, *vermillion*, 4) пригубовые части, 5) *phyltrum*, 6) *sulcus labialis*—сводчатое пространство, ограниченное слизистой на месте ее перехода в альвеолярный отросток на губу.

Материал, из которого построена верхняя губа: 1) кожа тела губы—наружное покрытие, 2) слизистая внутренней поверхности тела губы—выстилка, 3) красная кайма—свободный край и 4) промежуточные опорные ткани—мышцы и сосуды.

При составлении плана восстановления необходимо тщательно изучить область поврежденного участка, потому что очень нередко разрушение анатомической формы значительно превышает потерю материала, из которого построена верхняя губа. Надо уметь найти остатки тканей, втянутых или перемещенных рубцом, и постараться использовать их в старой роли.

По существу построить новую губу—это значит найти для нее материал. При тщательном изучении повреждений, особенно травматических, удается обнаружить остатки слизистой в виде избыточной складки или уголка рта, кусочка верхней губы из пригубовой части. Все это необходимо собрать и использовать, так как материал для новой губы, приносимый извне, например с груди, всегда выдает свое происхождение. Поэтому и здесь так же, как и всюду, фактура материала должна быть похожей на фактуру нормальной губы. С этой точки зрения у мужчин на верхней губе следует иметь наружное покрытие с растительностью. У женщин кожа вдоль ветви нижней челюсти и подбородка служит наилучшим материалом.

Верхняя губа представляет более трудную задачу для восстановления, чем нижняя. Если при построении новой верхней губы правильная анатомическая форма, рисунок и естественный материал не представляют для нас больших трудностей, то проблемой являются движения новой губы, и на сегодня мы считаем достаточным, если в спокойном состоянии лица верхняя губа отвечает нормальному рисунку.

В случае одновременного повреждения вместе с верхней губой и верхней челюсти или зубов необходимо до операции восстановления губы изготовить протез—простой или сложный, но такой, который будет заменять форму костного остова. Подробнее это изложено в главе о сложных повреждениях челюстей.

Мы не станем останавливаться на различных небольших повреждениях

верхней губы без особой потери тканей. Несколько конкретных случаев, приводимых ниже, делают общие рассуждения излишними. Мы считаем необходимым более подробно остановиться на полном или половинном разрушении верхней губы. Чтобы не повторяться, будем говорить о полном разрушении верхней губы, так как не будет преувеличением сказать, что при сохранности половины ее операция становится в два раза проще.

Наилучшим способом для тотального образования верхней губы мы считаем симметричные назо-лабпальные лоскуты, выкроенные во всю толщу щеки. Эти лоскуты имеют отличное кровоснабжение, несут на себе материал всех трех слоев новой губы, а рубцы, остающиеся после их выкраивания, совпадают с анатомическими бороздками и потому мало заметны. Недостатком этих лоскутов является то, что они всегда увлекают за собой угол рта и часть нижней губы и уменьшают ротовое отверстие. У мужчин приходится производить добавочно снабжение новой губы растительностью.

Редко удается построить верхнюю губу, которая не потребовала бы дальнейших исправлений.

Описанный способ имеет и противопоказания. Им не следует пользоваться при разрушении верхней губы волчанкой или сифилисом, так как назо-лабпальные лоскуты в этих случаях прорастены рубцовой плотной тканью и потому мало эластичны, основание их мало подвижно, сшивание по средней линии затруднено напряжением, и последующее омертвление не является большой редкостью.

Назо-лабпальные лоскуты могут оказаться несостоятельными при дефектах верхней губы, заходящих на щеку. Их длина ограничена близостью к верхнему углу лоскута нижнего века. В этих случаях необходимо, но до известного предела, удлинять кожную часть лоскута.

При половинных дефектах верхней губы задача облегчается тем, что эластичность оставшихся тканей с большей готовностью покрывает и уравнивает натяжение со стороны противоположного лоскута.

В случаях, где имеется противопоказание для назо-лабпального лоскута, или если он омертвел после операции, мы считаем, что скальп по Лексеру с лоскутным концом, выкроенным в виде пистолетной ручки по границе волосистой части и кожи лба, наиболее целесообразен и дает хороший косметический результат. Лишенная волос кожа лба заворачивается внутрь по границе с волосистой частью, идет на выстилку; линия удвоения лоскута образует свободный край губы, а волосистая кожа — наружное покрытие. У женщин этот лоскут неприемлем.

При неполных разрушениях верхней губы для выстилки можно использовать кожу и даже рубцовую ткань, расположенную вокруг дефекта.

При полном разрушении верхней губы мы образуем красную кайму при помощи лоскута из слизистой на ножке с нижней губы. При наличии остатка, хотя бы $\frac{1}{3}$ красной каймы на стороне, противоположной дефекту, всегда удастся мобилизовать остаток этой каймы и оторочить им, благодаря его эластичности, весь край вновь образованной губы.

При разрушении у мужчин только наружного покрытия верхней губы мы покрываем ее кожей с волосами в виде опускающегося скальпа или в виде восходящего лоскута с подбородка.

Phyltrum на новой губе у мужчин образуется путем вырезывания по средней линии лоскута кожи в 2—3 мм шириной, основанием к носу. На раневой поверхности лоскута вырезываются луковицы волос. Этим способом эпиляции мы пользуемся там, где вообще необходима эпиляция [Киршнер (Kirschner) и Шуберт (Schubert) называют этот способ эпиляции методом Ретти (Rethi). Лексер оспаривает название и называет этот способ своим]. Более надежный способ эпиляции — это легкое прижигание поверхности, покрытой волосами, шаровидным диатермическим электродом.

Описываемые ниже случаи восстановления расположены, как и в предыдущей главе, по возрастающей степени разрушения. Первые два случая иллюстрируют различные способы образования красной каймы при полном ее разрушении.

Отсутствие красной каймы и замена ее рубцом приводят обычно к тому, что верхняя губа натяжением рубца распластывается на зубах и оттягивается назад, располагаясь позади нижней, что создает форму «обожженного рта».

В первом случае слизистая отсутствовала и был применен более сложный способ переноса слизистой оболочки с нижней губы. Этот способ является типическим для всех случаев образования красной каймы. Во втором из этих случаев наличие достаточного количества слизистой на внутренней поверхности верхней губы позволило образовать красную кайму путем выворота слизистой.

Случай 33

Больной Б., 24 лет, приезжий из Эривани, художник. Восемь лет назад подвергся операции удаления ангиомы в области красной каймы верхней губы. В результате вместо красной каймы получился острый рубцовый край. Верхняя губа, укороченная рубцом, лежит позади нижней. Чтобы скрыть обезображивание, пациент поджимает нижнюю губу, прикрывая ею край верхней. За последние полтора года больной снова заметил появление синих узелков, которые легко кровоточат.

На рис. 188 вид больного при поступлении в отделение.

Необходимо было удалить остатки ангиомы и восстановить красную кайму. Это было сделано при помощи лоскута слизистой с внутренней поверхности нижней губы.

30 декабря 1926 г. операция. Местная анестезия. Иссечены остатки опухоли, располагающейся главным образом на задней поверхности верхней губы и у правого угла рта. Одновременно освежена на верхней губе поверхность, соответствующая по рисунку красной кайме. Для этого предварительно сделана станциолевая выкройка, по которой освежен рисунок на верхней губе. Затем на внутренней поверхности нижней губы выкроен прямоугольный лоскут основанием к свободному краю губы и свободным краем лоскута к переходной складке. Основание лоскута подшито к внутреннему краю раны верхней губы шелковыми матрасными швами, выведенными наружу. Свободный край лоскута подшит конским волосом к переднему краю раны верхней губы. Рот замкнут двумя пу-

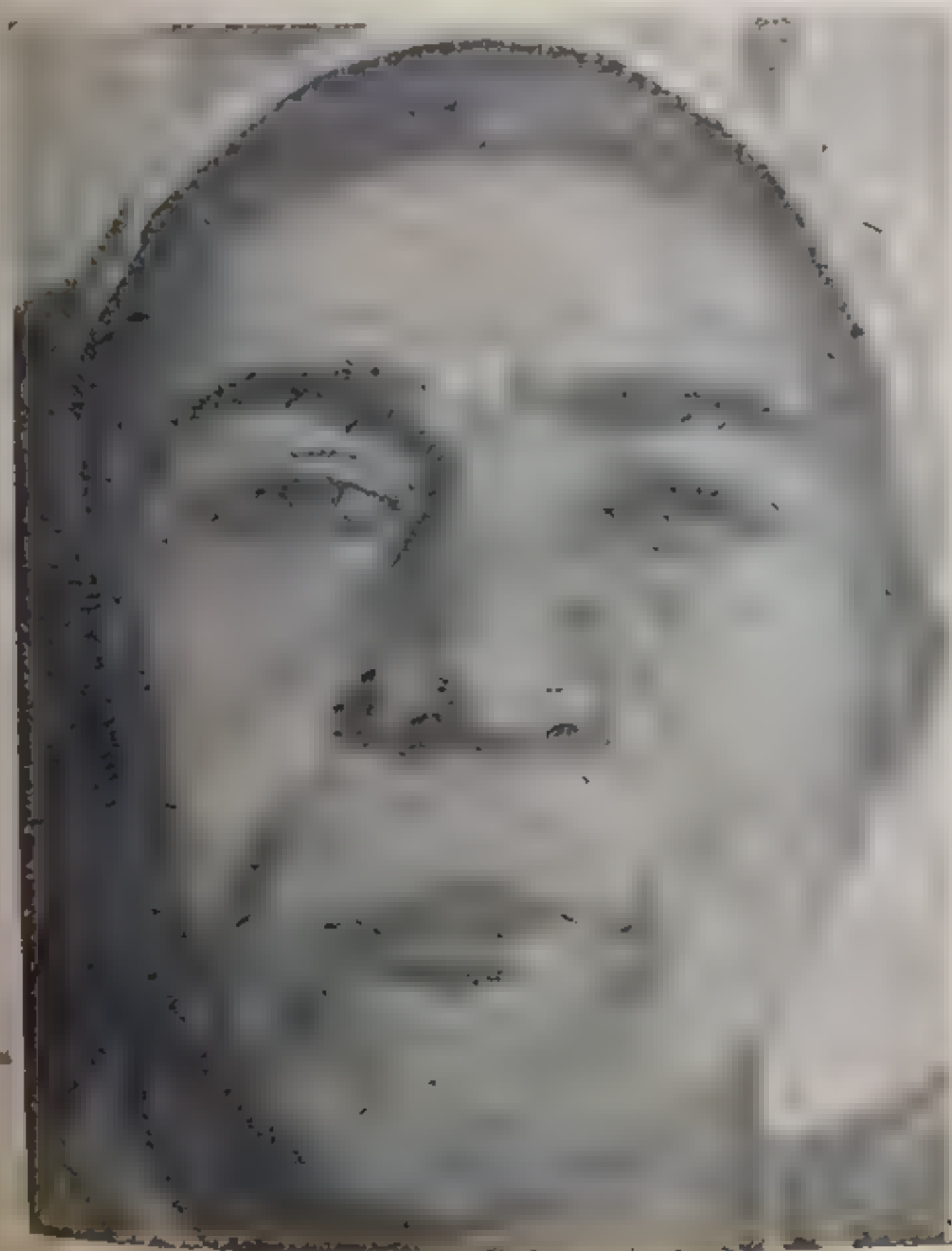


Рис. 188



Рис. 189



Рис. 190

говичными швами симметрично через обе губы. Через правый угол рта был введен катетер в полость рта для приема жидкой пищи ¹.

Гладкое послеоперационное течение. 8 января 1927 г. под местной анестезией ножка лоскута пересечена по зонду, введенному через углы рта. Раневые края на верхней и нижней губах на месте пересечения лоскута вживлены в соответствующие участки.

На рис. 190 губа больного в день выписки 16 января 1927 г. Хорошая красная кайма на верхней губе. Еще имеется отечность, не всюду и не все еще зажило, но больной спешит уехать домой.

На рис. 189 окончательный результат операции (фотография прислана больным через год).

Следующие два случая иллюстрируют способы исправления выворота слизистой и красной каймы, обязанного своим происхождением разрушению наружного покрытия тела верхней губы.

Иссечение рубца помогает исправлению рисунка красной каймы. Образовавшаяся при этом раневая поверхность легко закрывается восходящим лоскутом по Шимановскому или качающимся лоскутом. Лоскут необходимо вырезать вместе с жиром.

Особое внимание следует уделить приживлению краев лоскута к воспринимающей почве.

Случай 34

Больной П., мальчик, 12 лет. Несколько лет назад подвергся операции удаления ангиомы верхней губы. В результате у него отсутствует красная кайма. От левого крыла носа к свободному краю верхней губы тянется рубец, который продолжается влево от угла рта кнаружи. Деформирована носовая перегородка. Верхняя губа распластана на зубах, и ее свободный край, лишенный слизистой, располагается позади нижней губы (рис. 191).

Родители ребенка настаивали исключительно на восстановлении красной каймы, отказываясь от исправления рубцов и носовой перегородки. Восстановление красной каймы не представляло трудностей, так как внутренняя поверхность верхней губы была покрыта нормальной слизистой.

На рис. 193 схема операции. Местная анестезия. На передней поверхности

¹ Подробности операции см. случай 20, стр. 69.



Рис. 191



Рис. 192

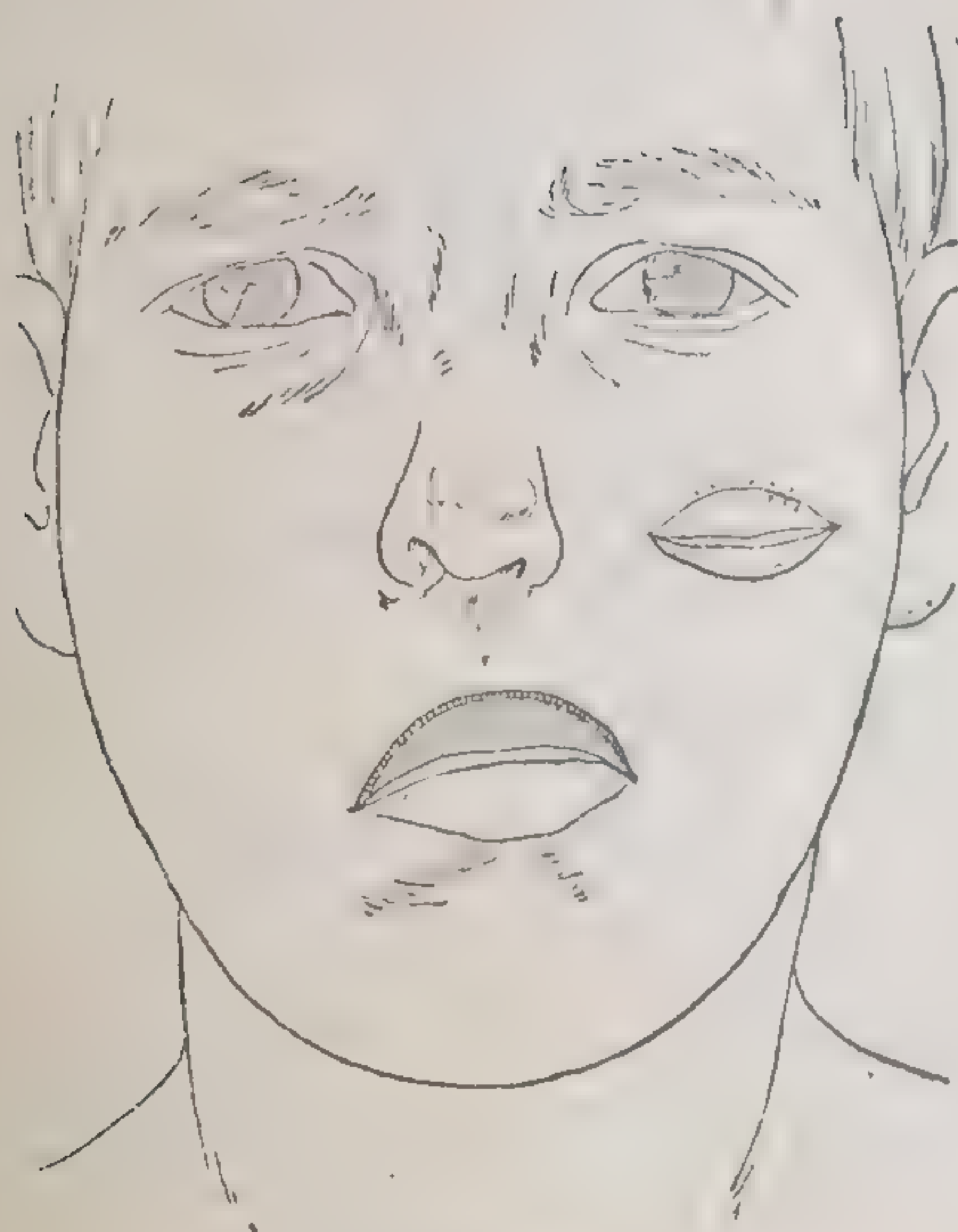


Рис. 193

верхней губы выкроена полулунная полоска кожи. Внутренняя губа раны — край слизистой — отслоена кзади. Образовавшийся лоскут подтянут кпереди и пришит к краям дефекта. На том же рисунке в области левой скулы — схема законченной операции.

На рис. 192 результат операции.

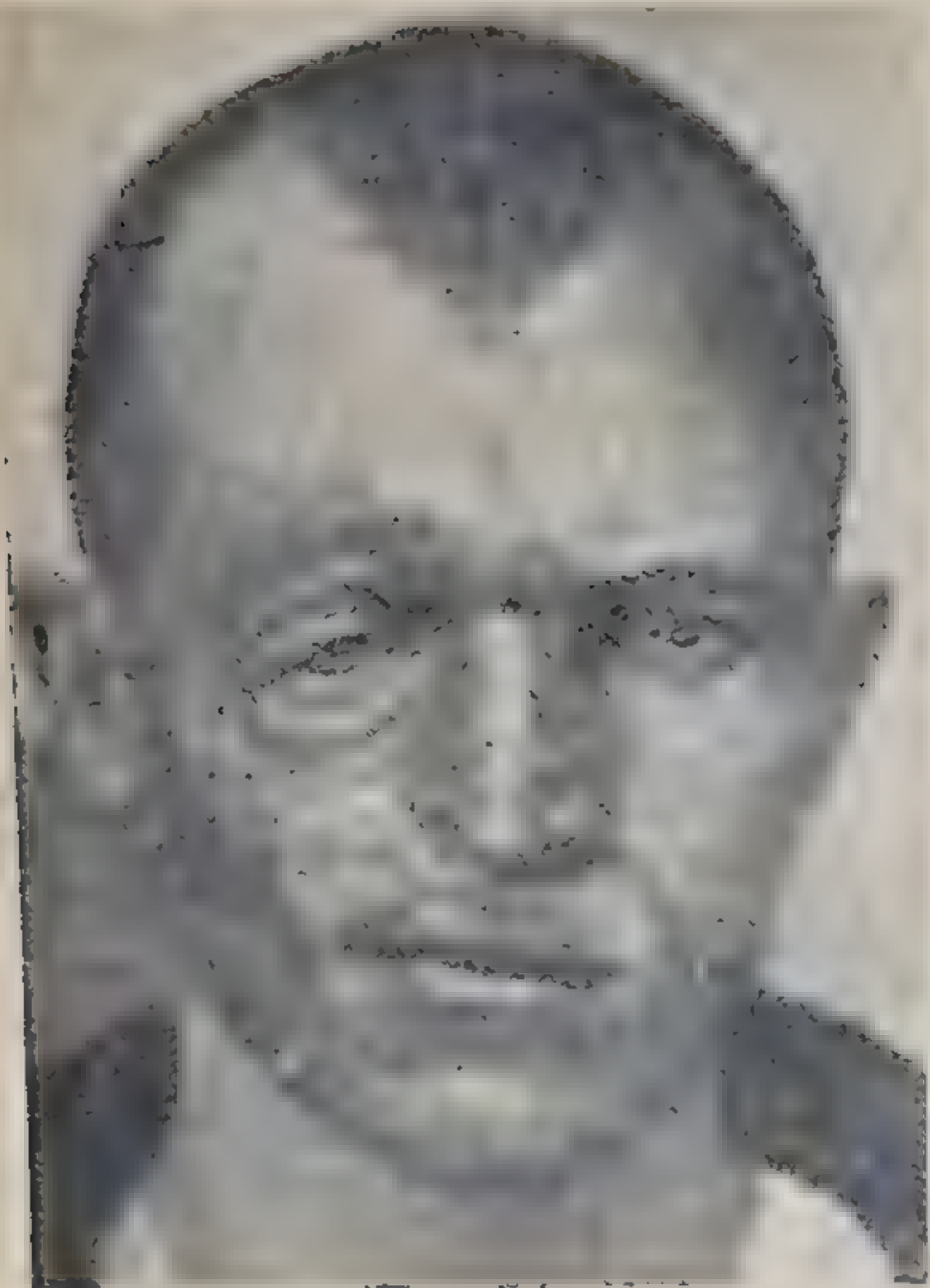


Рис. 194



Рис. 195

Больной Г., 28 лет. В детстве получил ожог лица. Обширная поверхность рубца покрывает почти все лицо, особенно справа. Разрушена правая бровь. Рубцово обезображены правое верхнее и нижнее веки. Имеется выворот верхней губы вблизи вдавленного рубцом правого угла рта. Правое крыло носа, лишенное мягких тканей, потеряло свой контур.

На рис. 194 больной после коррекции верхнего и нижнего век свободными трансплантатами.

4 марта 1928 г. под местной анестезией образована правая бровь свободным вольфовским трансплантатом, выкроенным из кожи затылка. Лоскут прижился первичным натяжением.

13 марта 1928 г. вывороченная красная кайма очерчена разрезом и установлена в нормальное положение. Образовавшийся кожный дефект на теле губы закрыт восходящим лоскутом с нижней губы по Шимановскому (см. следующий случай). Вторичный дефект стянут кетгут-конским волосом в два этапа.

Заживление первичным натяжением. На рис. 195 ближайший результат этих двух операций. Восходящий лоскут еще отечен. Необходимы мелкие поправки у верхнего края корня лоскута на месте поворота.

Кстати надо отметить, что новая бровь недавно была покрыта растительностью, но волосы, обнаружившие вначале склонность к росту, вскоре выпали и прочно осталось лишь несколько волосков. Это несмотря на полное первичное приживление трансплантата!

В последние годы мы образуем бровь из скальпа, вырезанного в височной области. Это надежно и в смысле непосредственной судьбы лоскута и в смысле последующего роста волос.

Случай 36

Больная, тюрчанка, 40 лет. Несколько месяцев назад в одной из городских больниц ей удалили раковую язву в области правого крыла носа. После операции осталась обезображенной рубцами правая половина верхней губы. Угол рта подтянут рубцом вверх (рис. 196).

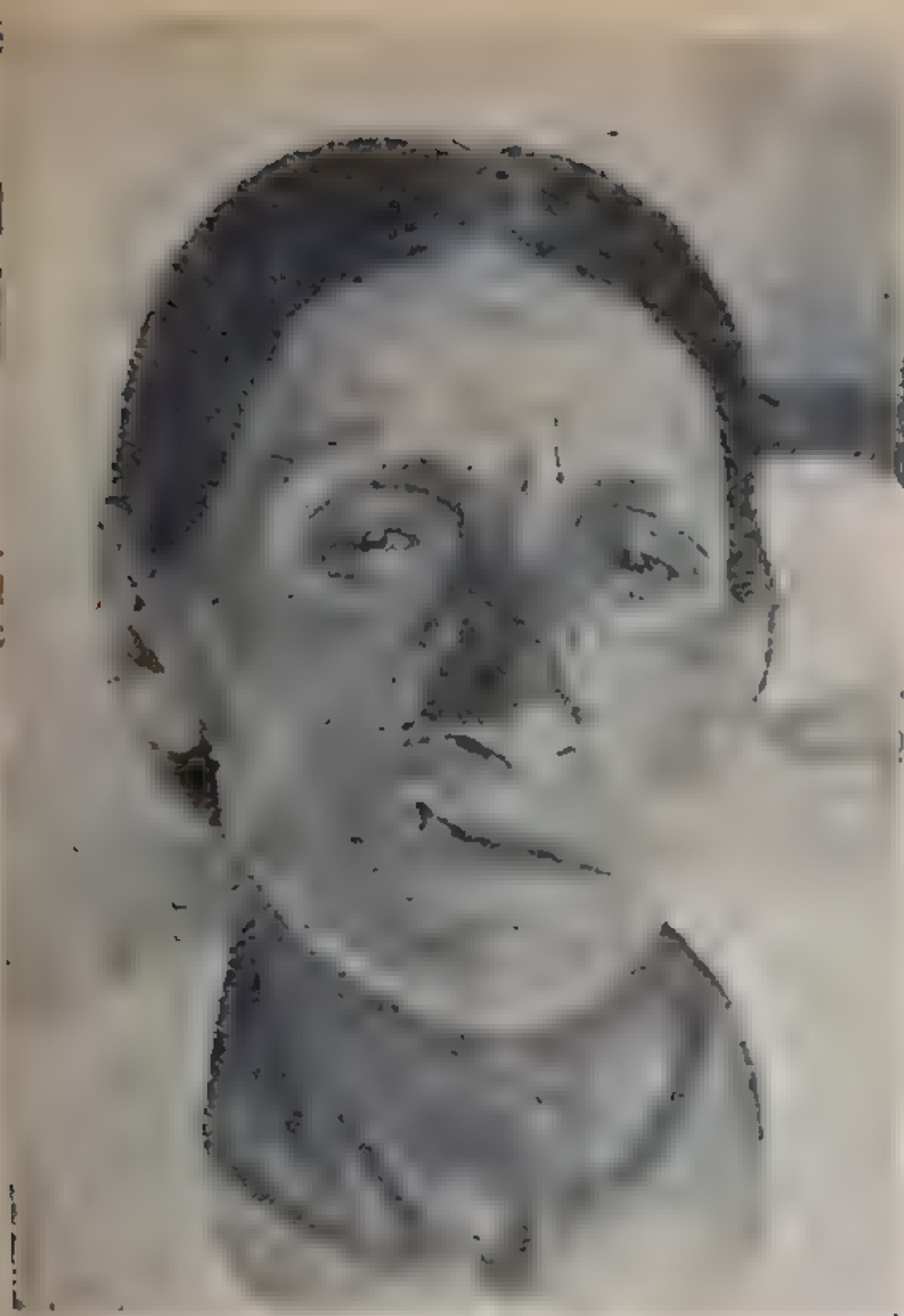


Рис. 196



Рис. 197

11 августа 1926 г. операция. Местная анестезия. Разрез по границе красной каймы. Иссечена тщательно рубцовая ткань. Губа и угол рта стали на свое нормальное место.

Образовавшаяся раневая поверхность закрыта восходящим подбородочным лоскутом А так, как это показано на рис. 198 и 199.

На рис. 197 результат операции через год:

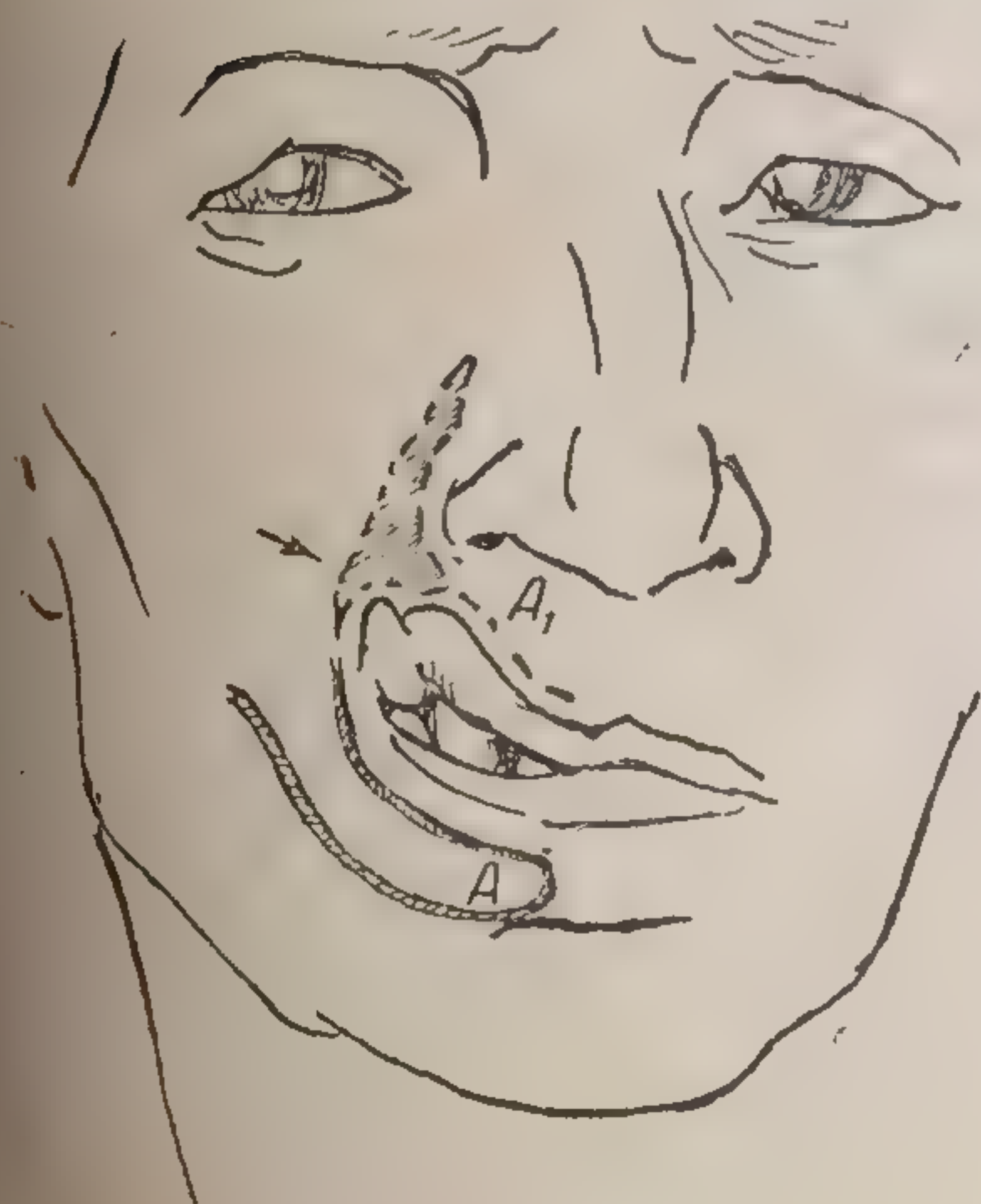


Рис. 198

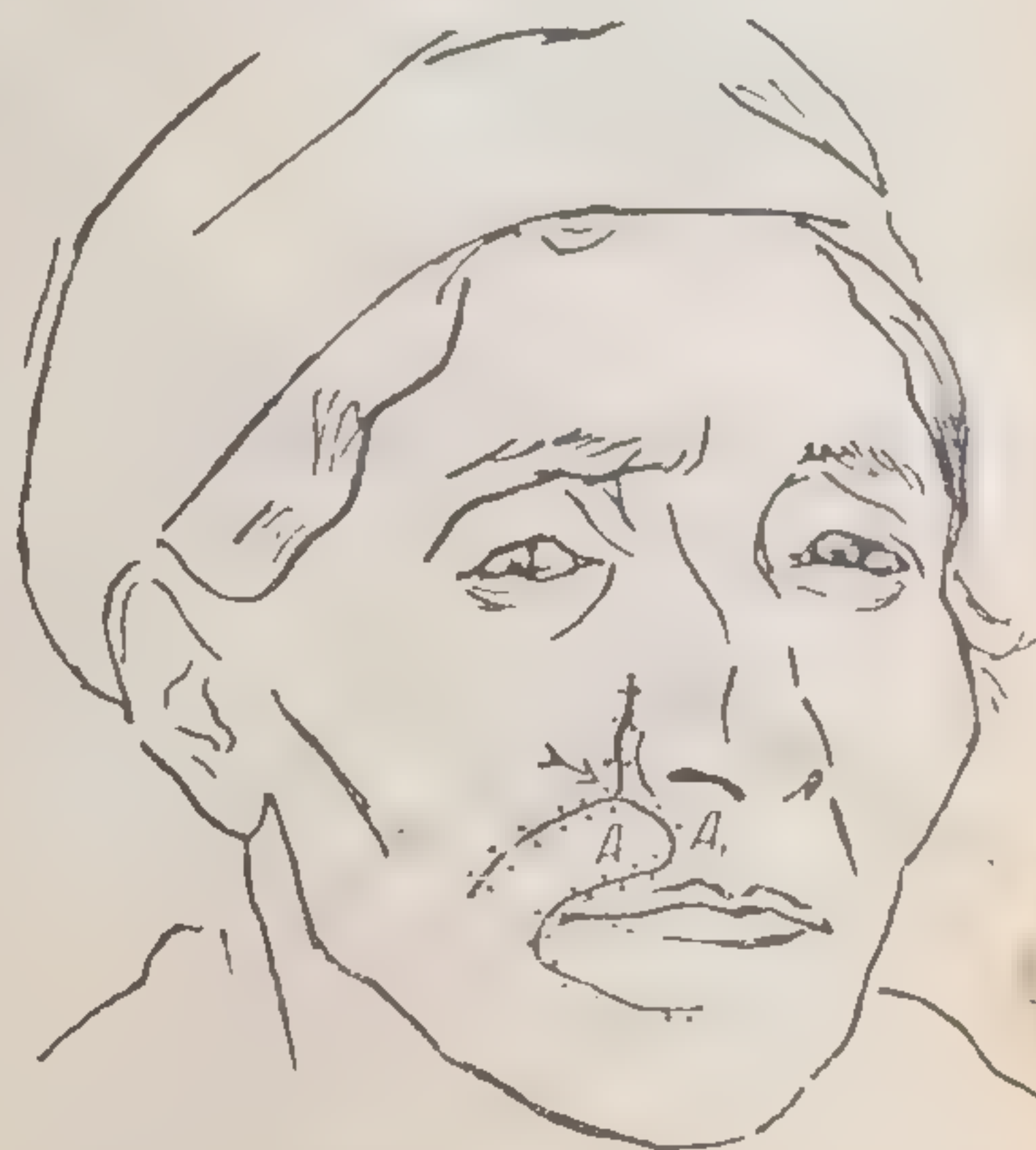


Рис. 199



Рис. 200



Рис. 201

Больной Л., 40 лет. Два года назад мы удалили пациенту большую рецидивирующую распадающуюся ангиокаверному в области левой половины верхней губы и fossae caninae. Мы не предприняли тогда же пластического закрытия дефекта, имея в виду наличие инфекции и возможность рецидива. После операции осталось рубцовое обезображивание губы с выворотом слизистой наружу. До сих пор нет рецидива опухоли, и больной настаивает на оперативном исправлении.

К сожалению у нас не сохранилось фотографического снимка больного к моменту исправления. По характеру рисунка обезображивание аналогично предыдущему случаю, но несколько больше по размерам.

Решение этой несложной задачи не представляло трудности. Ясно, что эктропион зависел от потери наружного покрытия тела губы — и в этом направлении мы и действовали.

2 декабря 1930 г. операция. Местная анестезия. Разрезом по краю вывороченной красной каймы последняя установлена в нормальное положение. Затем выкроен лоскут основанием у образовавшегося кожного дефекта, вершиной под скуловой костью. Лоскут повернут вокруг основания и уложен на раневую поверхность на теле верхней губы. Рана на месте лоскута закрыта стягиванием соседних краев.

На рис. 200 схема операции. Линия рубца наведена подом.

Глубокие кетгутовые швы и тщательный шов из конского волоса на кожу.

На рис. 201 результат операции через год.

При нарушении целостности верхней губы и последующем рубцовом обезображивании удаление рубца и перемещение лоскутов дают хороший результат. При небольшом разрушении слизистой и последующем стягивании тела губы и vermillion внутрь — вкладка Эссера чрезвычайно облегчает восстановление.



Рис. 202

Больная Б., 16 лет, девушка из Сванетии. При падении с лошади рассекла себе левую половину верхней губы. Рана зажила, но осталось обезображивание.

На рис. 202 вид больной при поступлении в отделение.

Красная кайма левой половины верхней губы разделена рубцом на две части: Поперек тела губы к ее основанию тянется сквозной рубец, влево от красной каймы тянется второй рубец.

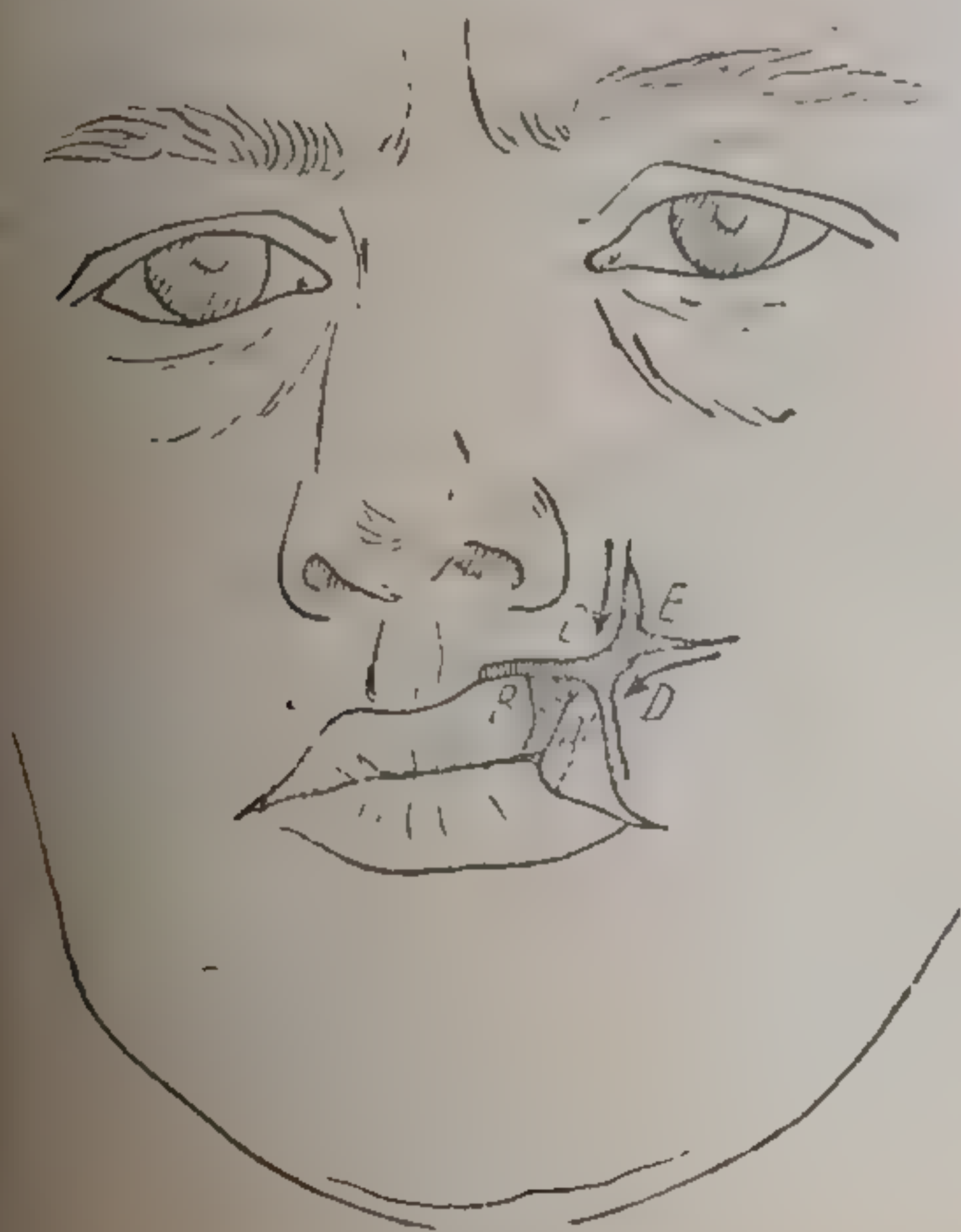


Рис. 203

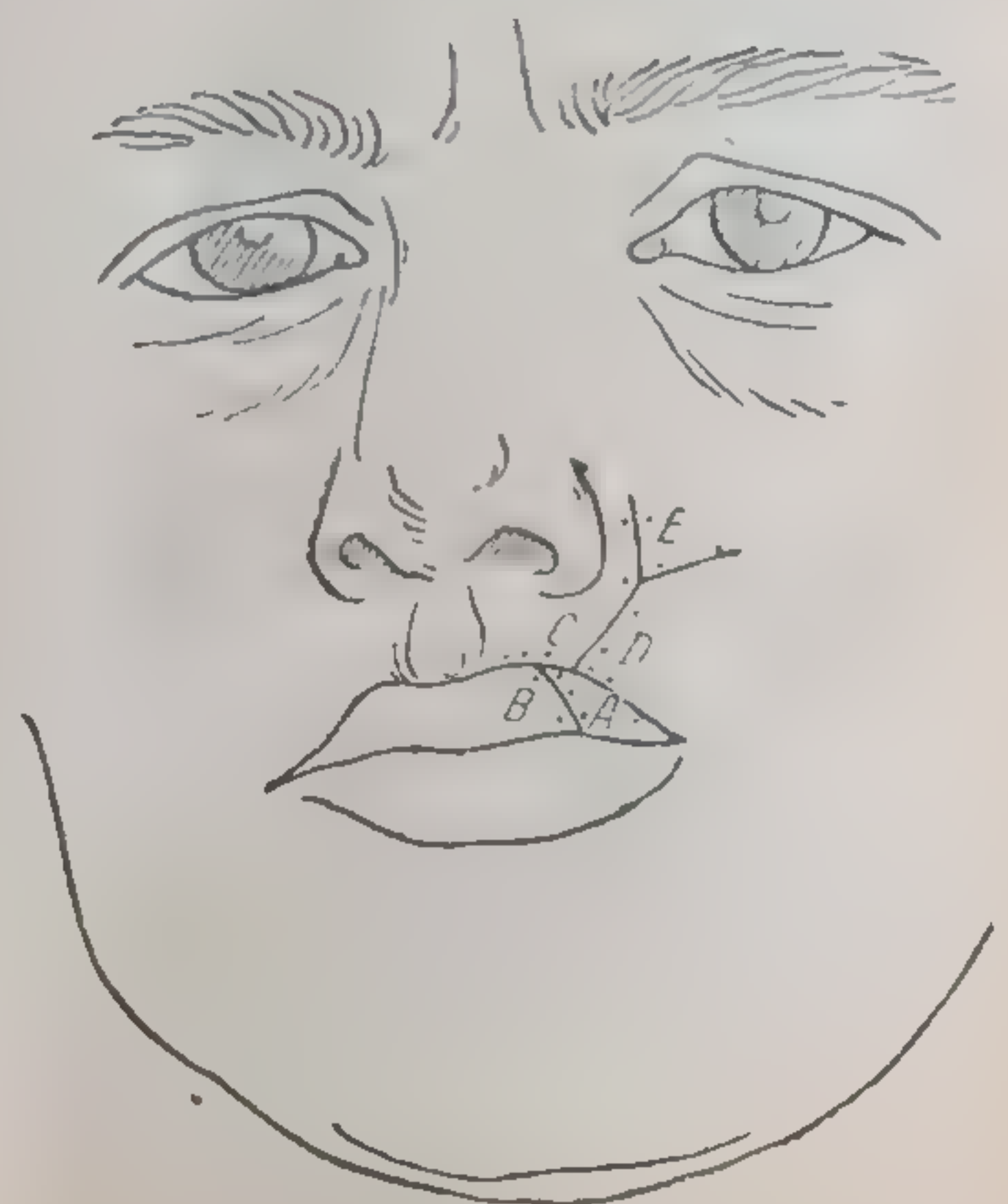


Рис. 204

Предстояло убрать рубец и реставрировать форму верхней губы.

4 апреля 1929 г. операция. Местная анестезия. Войдя катарактальным ножом между красной каймой и рубцом, последнюю освободили сквозной раной в обе стороны так, как это делается при операции заячьей губы по Мпро. Затем иссечен рубец на теле губы. На рис. 203 показана образовавшаяся при этом раневая поверхность. Красная кайма рассечена на месте рубцовой спайки. Края обеих половинок красной каймы *A* и *B* освежены в виде черепицы таким образом, что внутренняя половинка *B* поддерживает наружную *A*. Этим будет исправлена линия шва и не будет вдавления. На рис. 203 освеженная поверхность *B* заштрихована. На лоскуте *A* граница показана пунктиром. Глубокие кетгутовые швы и из конского волоса снаружи. Остающаяся рана на теле губы на месте иссечения рубца зашита в два этажа так, как это показано на рис. 204. Лоскуты *C* и *D* своим натяжением отдают красную кайму вниз.

Рана зажила первичным натяжением и получился хороший косметический результат. Больная срочно уехала на родину, и мы не имели возможности произвести фотоснимок после операции.

Случай 39

Больной П., 24 лет. Год назад «болел зуб», после чего вблизи левого угла рта оказалось разрушенной верхняя губа.

На рис. 205 вид больного при поступлении в отделение.

Левая половина верхней губы вблизи угла рта обезображена и притянута рубцом со стороны слизистой к альвеолярному отростку на месте отсутствующих зубов, 1. 2. 3. Сюда же увлечены и угол рта и часть нижней губы. Разрушение главным образом со стороны слизистой. Наружное покрытие и красная кайма не повреждены.

Предстояло восстановить выстилку на верхней губе и создать достаточно глубокий sulcus labialis для того, чтобы можно было приготовить протез на место отсутствующих зубов. Для этого нужна была вкладка Эссера.

Приготовлены временные коронки на 1 и 4 зубы. Коронки соединены металлической дугой.



Рис. 205



Рис. 206

14 ноября 1930 г. операция. Местная анестезия. Разрез по внутреннему краю красной каймы. Иссечен рубец со стороны слизистой губы. Губа приняла нормальную конфигурацию. На месте иссечения рубца образовалась раневая поверхность на передней поверхности альвеолярного отростка и меньше — на внутренней поверхности губы. Коронки надеты на зубы. Затем при помощи стенса сделан оттиск с раневой поверхности. Дуга между коронками при этом оказалась внутри стенса. Коронки вместе со стенсом извлечены из полости рта. Взяты тиршевские трансплантаты и уложены на стенс раневой поверхностью наружу на месте оттиска раны. Вкладка осторожно устроена вновь на зубы. Тиршевские трансплантаты пришлись в области раны. Рот замкнут пуговичным швом между губами по средней линии на 6 дней. В полость рта через правый угол введен катетер для приема жидкой пищи.

На 8-й день вкладка Эссера извлечена. Тиршевские трансплантаты прекрасно прижили. Немедленно снят гипсовый оттиск и начато изготовление постоянного протеза. Вкладка Эссера снова вставлена на место впредь до изготовления протеза, который через две недели заменил ее.

На рис. 206 результат операции после небольшой косметической поправки.

При преимущественном разрушении наружного покрытия тела верхней губы у мужчины удовлетворительный результат может быть получен при помощи восходящего лоскута в виде острого филатовского стебля, выкроенного вдоль горизонтальной ветви нижней челюсти с основанием вблизи угла челюсти и лоскутным концом вблизи подбородка. Этот лоскут хорошо разрешает вопрос о растительности для верхней губы, хорошо снабжен питанием и не оставляет после себя сколько-нибудь заметных рубцов. Зкрытие вторичного дефекта не представляет трудностей.

Случай 40

Больной Г., иранец, 30 лет, кучер. Два года назад получил удар копытом лошади в области левой половины ротового отверстия. Ударом была разможжена



Рис. 207



Рис. 208

середина верхней губы и оторвана ее левая половина на месте прикрепления к челюсти. Разорванными оказались также левый угол рта и нижняя губа. На станции скорой помощи наложены швы. После заживления остался обезображенный левый угол рта. На левой половине верхней губы отсутствует растительность. Обнажены зубы.

На рис. 207 вид больного при поступлении в отделение. Больной просит обязательно восстановить ему растительность на верхней губе. Это его волнует больше всего.

План операции состоял в следующем: иссечь рубец в области угла рта и на нижней губе; установить угол рта в нормальное положение; иссечь рубец на верхней губе, причем освободить от выворота красную кайму; раневую поверхность на верхней губе закрыть восходящим лоскутом, выкроенным вдоль горизонтальной рамы нижней челюсти.

20 августа 1927 г. операция. Местная анестезия. Иссечен рубец, покрывающий левую половину верхней губы (рис. 209); освобождена красная кайма; однако губа не приняла нормальной конфигурации. Тогда иссечен клин основанием к свободному краю на месте рубца, и остатки губы A и A_1 сшиты один с другим. Укороченная губа заняла хорошее положение. Рубец в области угла рта удален. Нижняя губа приподнята швами выше, и восстановлен угол рта в точках B и B_1 ; затем выкроен восходящий лоскут B_2 и его лоскутным концом закрыта раневая поверхность на теле верхней губы. Питающий конец лоскута B_2 — в области угла нижней челюсти; лоскутный конец — на подбородке. Шейка лоскута преращена в филатовский стебель (острый стебель). Рана на месте лоскута B_2 тщательно зашита в два этажа кетгут-конским волосом. Рот замкнут на 8 дней одним пуговичным швом через обе губы (рис. 211).

27 июля 1927 г. сняты швы. *Prima intentio*.

6 сентября 1927 г. отсечена шейка лоскута B_2 . Шейка частично удалена, частично распластана и ею закрыта раневая поверхность вблизи ее основания. В течение ближайших недель сделаны мелкие косметические поправки.

На рис. 208 вид больного через год после операции. Левый угол рта требует дальнейшего исправления. На пересаженном лоскуте обильная раститель-

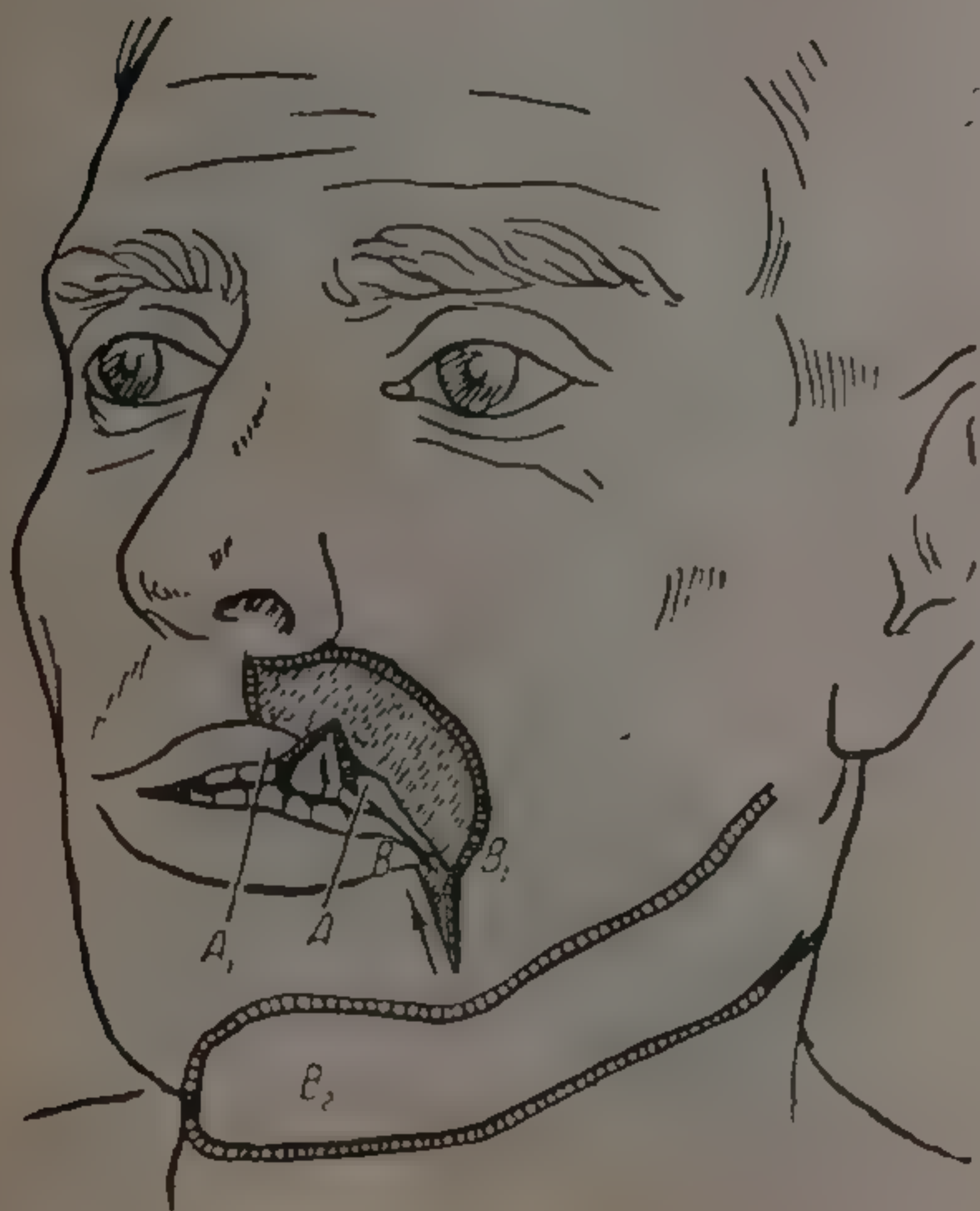


Рис. 209

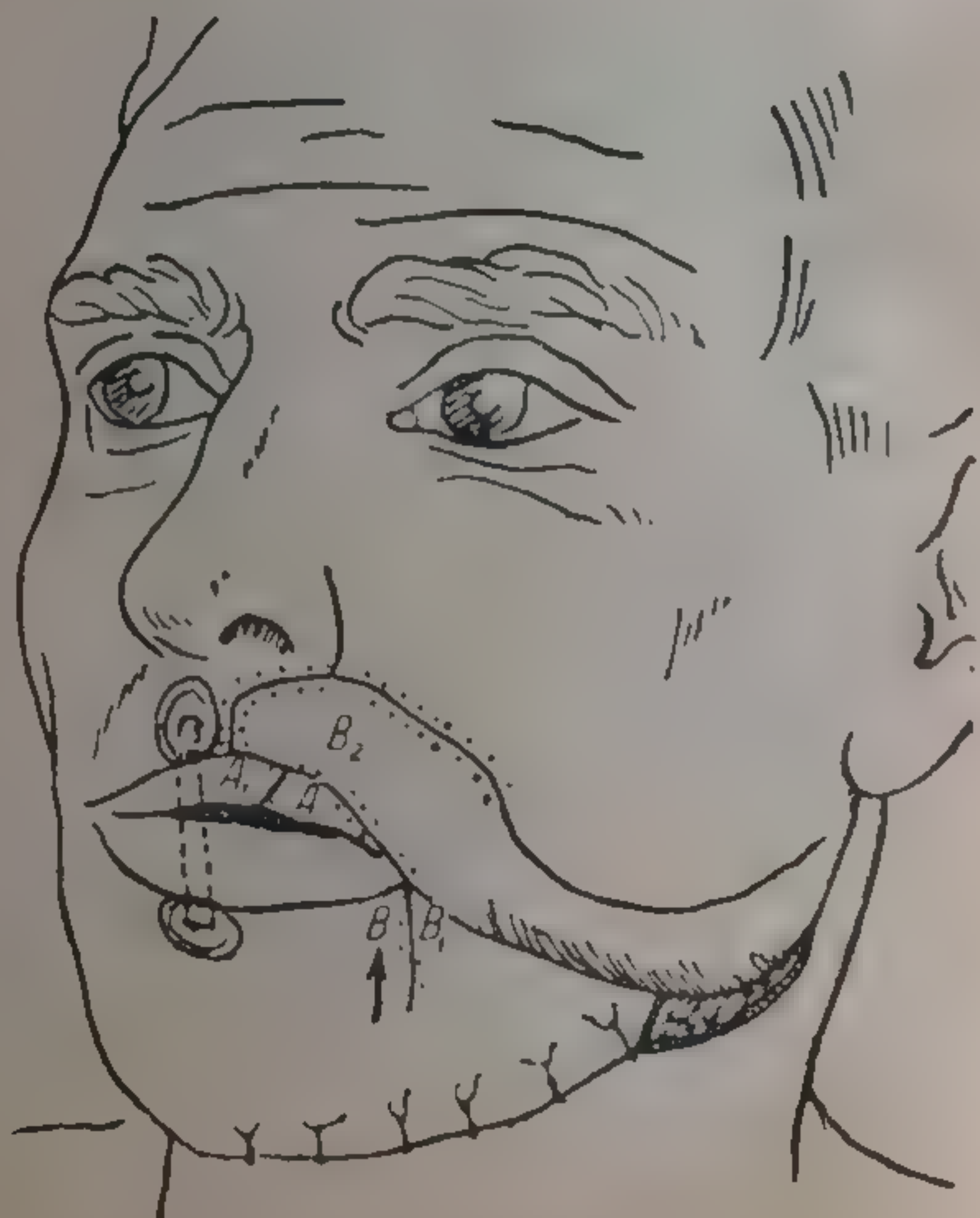


Рис. 210



Рис. 211

ность. Больной, довольный результатом операции, отклонил предложение о дальнейших поправках.

Следующие четыре случая иллюстрируют применение назо-лабиальных лоскутов для образования верхней губы при субтотальных и полных разрушениях последней.

В случае 41 правый лоскут увлек за собой правый угол рта вверх. Необходима была бы добавочная операция с восходящим лоскутом по Шимановскому для исправления этого положения.

В случае 42 правый лоскут уменьшил правую половину рта и «закруглил» углы. Небольшие добавочные операции — рассечение угла в горизонтальном направлении — создали нормальный размер и рисунок этой части рта. Кроме того случай 42 иллюстрирует возможность широкого использования растяжимости красной каймы.

Случаи 43 и 44 показывают, что при надлежащем выборе случаев и при правильной оценке качества матерпала, идущего на восстановление губы, симметричные назо-лабиальные лоскуты могут дать хороший результат даже при полном разрушении верхней губы.

Случай 41

Больной Г., тюрк, мальчик, 13 лет. В раннем детстве перенес повидимому. Отсутствует правая половина верхней губы. Остаток левой половины имеет нормальную красную кайму. Обнажены зубы. У правого крыла носа и по краю вокруг дефекта плотный рубец.

На рис. 212 вид больного при поступлении в отделение.

План операции был составлен следующий: образовать два назо-лабиальных лоскута для тела губы и мобилизовать остаток красной каймы слева для vermillion.

6 марта 1928 г. операция. Местная анестезия. Справа и слева во всю толщу щеки образованы два сквозных назо-лабиальных лоскута BC и B_1C_1 (рис. 214).



Рис. 212



Рис. 213

Остаток красной каймы слева A мобилизован отдельным разрезом. Справа мобилизован лоскут A_1 . Остатки слизистой на альвеолярном отростке в области дефекта мобилизованы в виде опрокидывающегося лоскута. Назо-лабиальные лоскуты BC и B_1C_1 сшиты один с другим и образовали тело губы, состоящее из нормальных слоев. Лоскуты A и A_1 , сшитые так, как это показано на рис. 215, образовали нормальную красную кайму. Следовало больше мобилизовать лоскут A , а не A_1 , так как первый содержит нормальную кайму. Для уменьшения поперечного натяжения в назо-лабиальных лоскутах наложен один поперечный пуговичный шов (рис. 216). На рис. 213 результат этой операции. Несколько приподнят правый угол рта.

25 марта 1928 г. операция. Местная анестезия. Правый угол рта разрезом по верхнему краю каймы установлен в нормальное положение. Тут же выкроен на

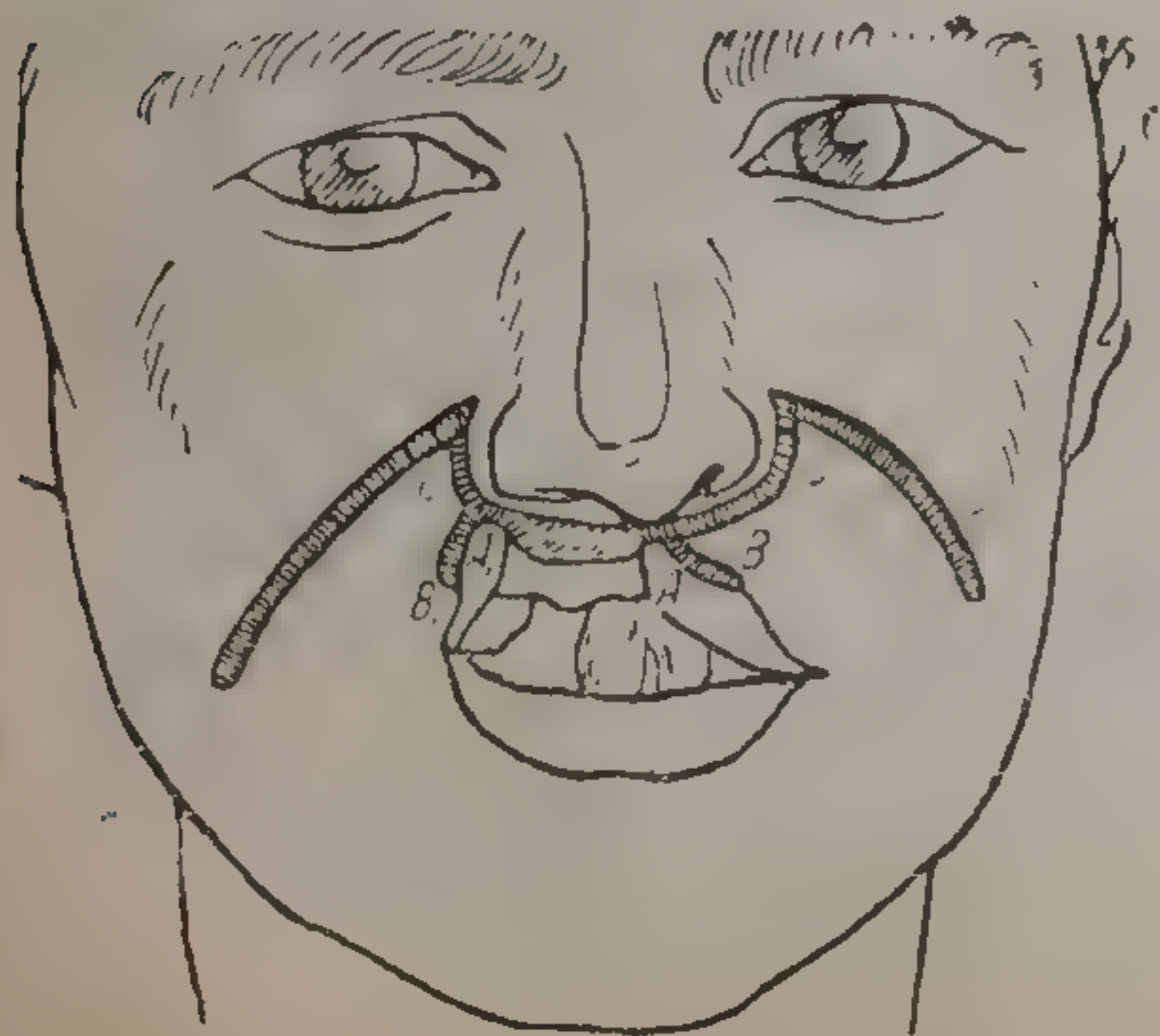


Рис. 214

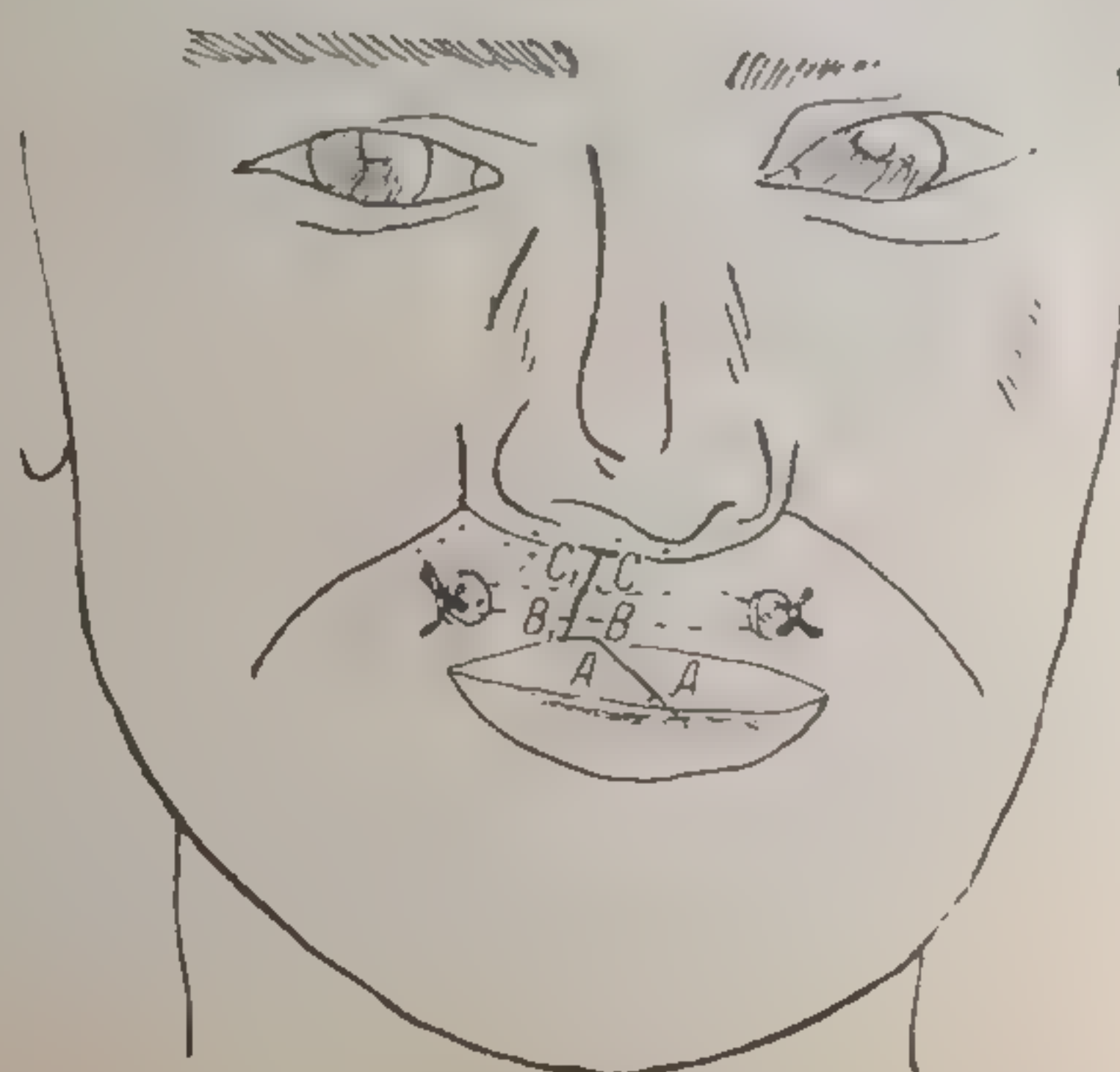


Рис. 215



Рис. 216

нижней губе восходящий лоскут А, содержащий жир. Операция закончена по Шимановскому.

К сожалению нам не удалось получить более поздней фотографии этого больного.

Случай 42

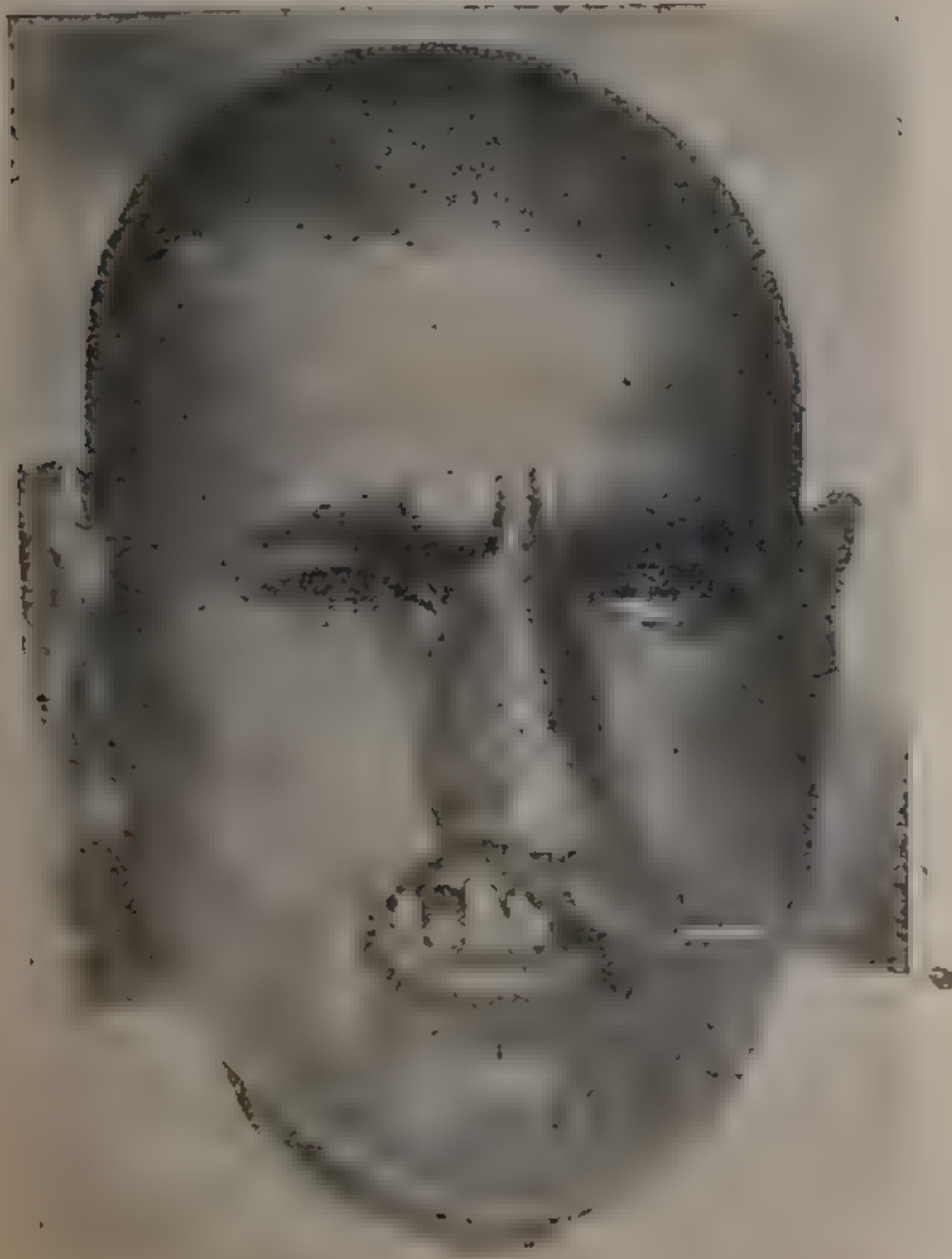


Рис. 217



Рис. 218

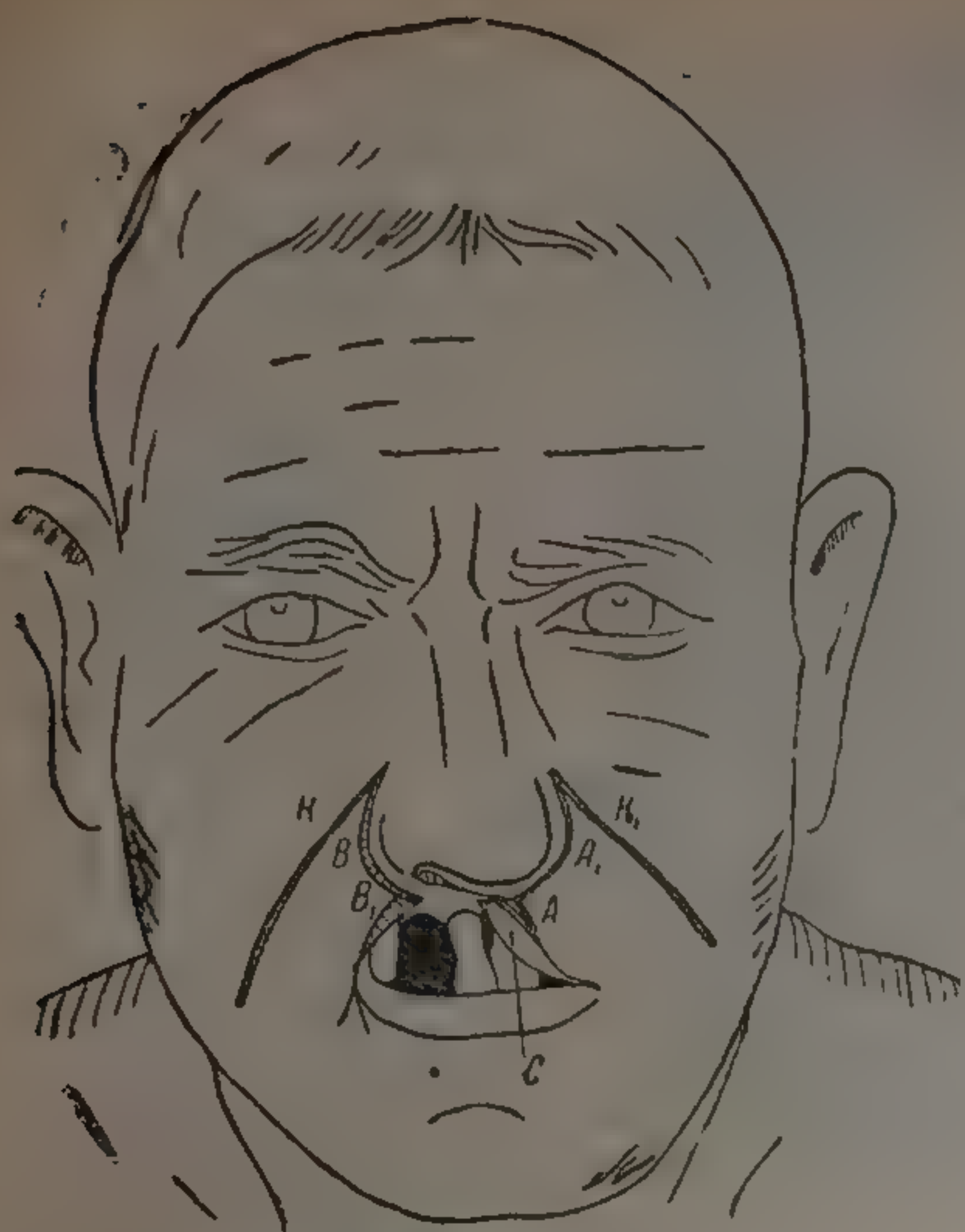


Рис. 219

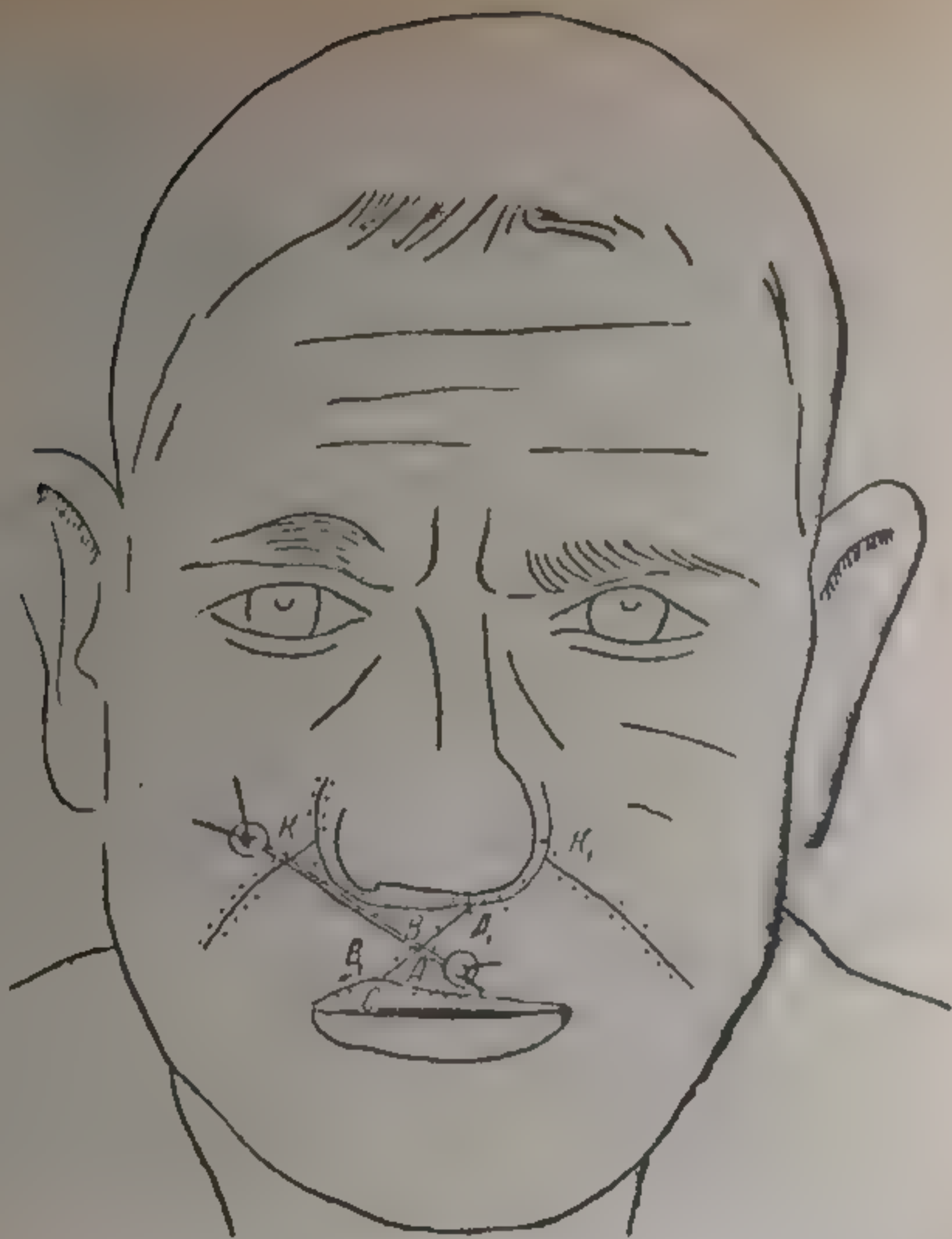


Рис. 220

Больной М., тюрк, 35 лет, колхозник из Казахстана. В 1928 г. перенес какое-то язвенное заболевание в области верхних зубов справа. Лечился у местного фельдшера, который прижигал язву по словам больного ляписом. Язва зажила, но остался дефект верхней губы.

На рис. 217 вид больного при поступлении в отделение. Разрушена правая половина верхней губы вместе с правым углом рта. Край дефекта окаймлен рубцом; левая половина губы сохранена и окаймлена нормальной слизистой. Носовая перегородка у входа в нос незначительно разрушена. В средней части носового моста поперечный рубец—остатки того же процесса.

Реакция Вассермана отрицательна. Был выработан следующий план операции.

Первый акт: симметричные назо-лабиальные лоскуты справа и слева, мобилизация остатка красной каймы для образования *vermillion*. Второй акт: правую половину нижней губы необходимо снабдить растительностью; для этого предполагается выкроить восходящий лоскут вдоль рамы нижней челюсти (как в случае 40, стр. 115). Третий акт: дополнительные поправки углов рта, рассечение справа до уровня зрачка.

11 февраля 1935 г. операция. Местная анестезия. Справа и слева симметрично образованы два опускающихся назо-лабиальных лоскута. Красная кайма на левом лоскуте мобилизована. Для приема ее освежен край на правом лоскуте. Схема операции на рис. 219 и 220. Один матрасный шов наложен по линии наибольшего напряжения.

Гладкое послеоперационное течение. На рис. 218 результат операции. Больной удовлетворен и дальнейшие исправления отклонил.

Случай 43

Больной О., 16 лет, из Нагорного Карабаха. В пятилетнем возрасте перенес какое-то заболевание лица. В местной больнице подвергся по этому поводу удалению правого глаза и верхней губы.

К моменту поступления к нам в отделение состояние пациента представлялось в следующем виде: правый глаз отсутствует, верхнее и нижнее веки рубцово деформированы и вывернуты слизистой наружу; верхняя губа почти целиком раз-



Рис. 221



Рис. 222

рушена; края дефекта окаймлены плотным рубцом, который от центра губы тянется к основанию носа; носовая перегородка у входа в нос разрушена; слева от верхней губы остается небольшой участок красной каймы; левый угол рта сохранен; справа от верхней губы ничего не осталось; разрушен угол рта, край его пронизан рубцом. Обнажены зубы. Pyorrhoea.

Пока мы санировали пациенту рот, доцент Я. К. Варшавский произвел ему пластику верхнего и нижнего век при помощи свободных тиршевских и вольфовских трансплантатов.

На рис. 221 вид больного после этих операций.

План восстановления верхней губы предусматривал обычный у нас способ, то есть два назо-лабиальных лоскута.

14 октября 1926 г. операция. Местная анестезия. Справа и слева выкроены два опускающихся назо-лабиальных лоскута. Лоскуты сквозные и выкроены во всю толщу щеки, поэтому содержат все ее слои. Красная кайма на левом лоскуте слегка мобилизована. Лоскуты сведены по средней линии и сшиты по-слоино один с другим кетгут-конским волосом. Остающаяся рана на месте взятых лоскутов закрыта стягиванием краев. При натяжении правого лоскута к средней линии он увлек за своим основанием подлежащую часть нижней губы. Для уменьшения натяжения через всю толщу лоскутов проведен один пуговичный шов в фронтальной плоскости, который ослабляет напряжение между лоскутами, являющимися наиболее уязвимым местом операции.

Гладкое послеоперационное течение.

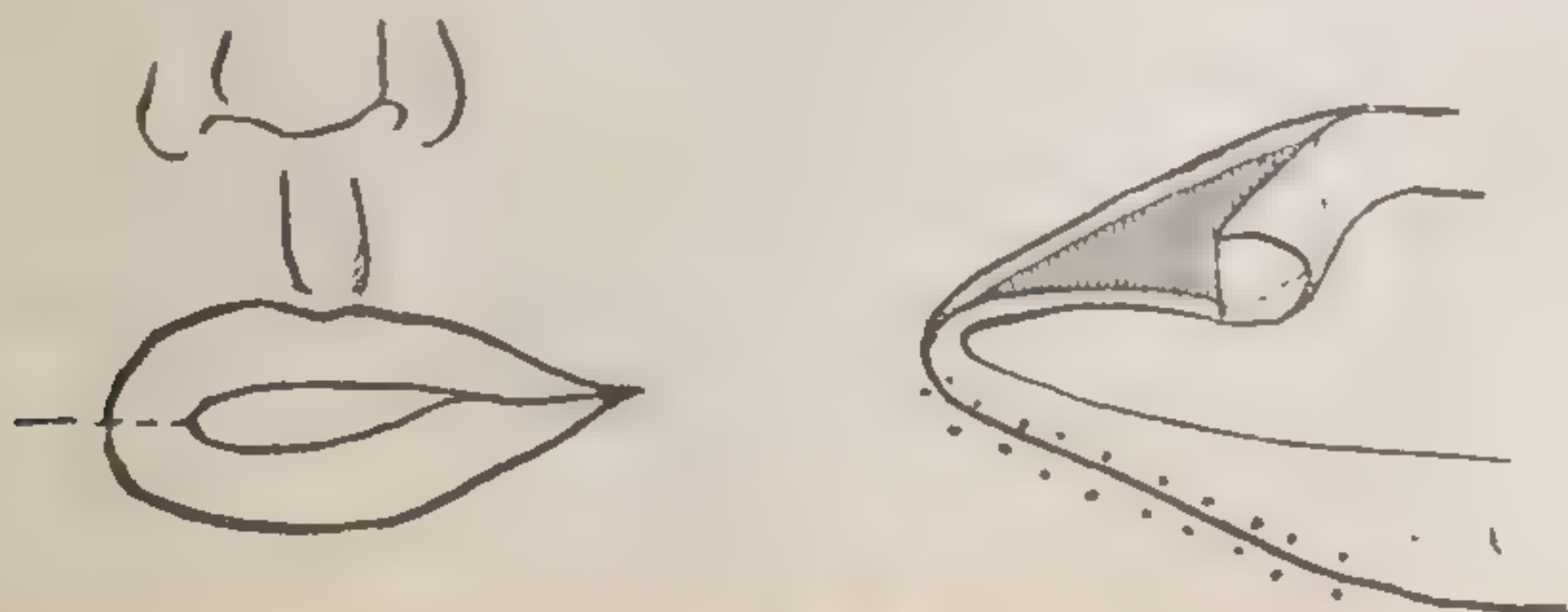


Рис. 223



Рис. 224

19 октября 1926 г. сняты швы. Первичное натяжение. Правый угол рта «круглый», образовался вследствие поворота кверху подлежащей части нижней губы и поэтому зияет.

30 ноября 1926 г. операция образования правого угла рта. Местная анестезия. На рис. 223 схема операции по Лексеру. Угол рта рассечен до высоты зрачка, на уровне которого ему надлежит быть. Образовавшаяся рана оторочена слизистой. Хороший результат (рис. 224).

8 декабря 1926 г. остаток хрящевой перегородки носа мобилизован в виде лоскута основанием кзади и спущен вниз к входу в нос, где пришит конским волосом. *Prima intentio*.

21 декабря 1926 г. больной переведен снова в Центральную глазную больницу, где доцент Я. К. Варшавский произвел ему пластику глазницы. Через некоторое время больной вновь вернулся к нам в отделение для мелких косметических поправок.

На рис. 222 окончательный результат операции. Новая губа имеет хорошую анатомическую форму и не менее удовлетворительную функциональную подвижность (рис. 222). Пластика глазницы дала прекрасный результат.

Случай 44

Больной М., мальчик, 9 лет, приезжий из Мугани. Перенес в раннем детстве повидимому ному. Совершенно разрушены верхняя губа и частично носовая перегородка у входа в нос. Край дефекта верхней губы повсюду окаймлены рубцом, который справа несколько выворачивает слизистую щеки (рис. 225).

План операции составлен следующим образом: первый акт—образование верхней губы при помощи двух опускающихся назо-лабиальных лоскутов; второй акт—образование красной каймы при помощи лоскута с внутренней поверхности нижней губы; третий акт—восстановление носовой перегородки; четвертый акт—косметические поправки.

24 марта 1927 г. операция. Общий эфир-хлороформный наркоз при помощи катетера, введенного в трахею через нос. Справа и слева образованы два симметрично опускающихся сквозных назо-лабиальных лоскута. По средней линии на верхней челюсти из остатков слизистой образован опрокиды-



Рис. 225



Рис. 226



Рис. 227

вающийся лоскут основанием к корням зубов. Тут же остатки рубца отслоены вверх основанием к носу. Первый лоскут служит для приема слизистой новой губы, второй для ее покрытия—кожи.

Лоскуты сшиты один с другим по средней линии. Оставшийся дефект закрыт стягиванием раны. Для уменьшения натяжения между лоскутами наложен во фронтальной плоскости пуговичный шов. На рис. 228 вид больного после этой операции на 5-й день. Все зажило первичным натяжением. Правый угол рта «круглый» вследствие того, что правый лоскут натяжением увлек за собой подлежащую часть нижней губы.



Рис. 228



Рис. 229

14 апреля 1927 г. правый угол рта рассечен и ему придана нормальная форма способом, показанным на рис. 223. На рис. 229 результат операции.

1 мая 1927 г. операция. Местная анестезия. По свободному краю верхней губы освежена поверхность для образования красной каймы. На внутренней поверхности нижней губы выкроен лоскут слизистой основанием к свободному краю нижней губы. Лоскут пришит к освеженной поверхности верхней губы. Рот зашит наглухо пуговичным швом сквозь верхнюю и нижнюю губы. В левый угол рта вставлен катетер для приема жидкой пищи.

11 мая 1927 г. ножка лоскута пересечена. Остатки ее вживлены в рану нижней губы. Пересаженный лоскут вживлен на задней поверхности верхней губы.

25 мая 1927 г. третий акт: хрящевой остаток носовой перегородки мобилизован в виде лоскута основанием кзади и передвинут к входу в нос, где он приживлен к освеженной поверхности. Форма носа изменилась к лучшему.

На рис. 226 и 227 результат операции. Еще кое-где имеются гранулирующие точки.

Родители больного торопили с выпиской, почему мы не имели возможности произвести мелкие косметические поправки и сделать более позднюю фотографию.

Следующий случай поучителен с двух точек зрения.

Во-первых, он показывает неуместность назо-лабиальных лоскутов при послеволчаночных дефектах вследствие избытка рубцовой ткани вокруг; во-вторых он иллюстрирует применение скальпа по Лексеру в виде пистолетной ручки для образования одномоментным способом мужской верхней губы.

Не менее интересной деталью этого случая является удлинение ножки скальпа после частичного омертвения лоскутного конца.

Случай 45'

Больной Н., осетин, 23 лет, приезжий из глухой горной деревушки. Перенес по его словам в детстве какое-то язвенное заболевание в области верхней и нижней губ—видимо ному. Разрушена совершенно верхняя губа. Нижняя губа вывернута наружу. Вокруг ротового отверстия обширные рубцы, особенно слева у угла рта. Здесь рубец захватывает всю толщу щеки, веерообразно распро-



Рис. 230



Рис. 231



Рис. 232

странаясь от угла нижней челюсти к скуловой дуге. Плотный рубец окружает ротовое отверстие, препятствуя раскрытию рта.

Питается больной полужидкой пищей. Хлеб он скатывает в маленькие комочки и продавлиывает их в щелку между зубами. Непрерывно и непроизвольно стекает слюна. Замкнутый, подавленный своим страданием субъект.

На рис. 230 вид больного при поступлении в отделение.



Рис. 233

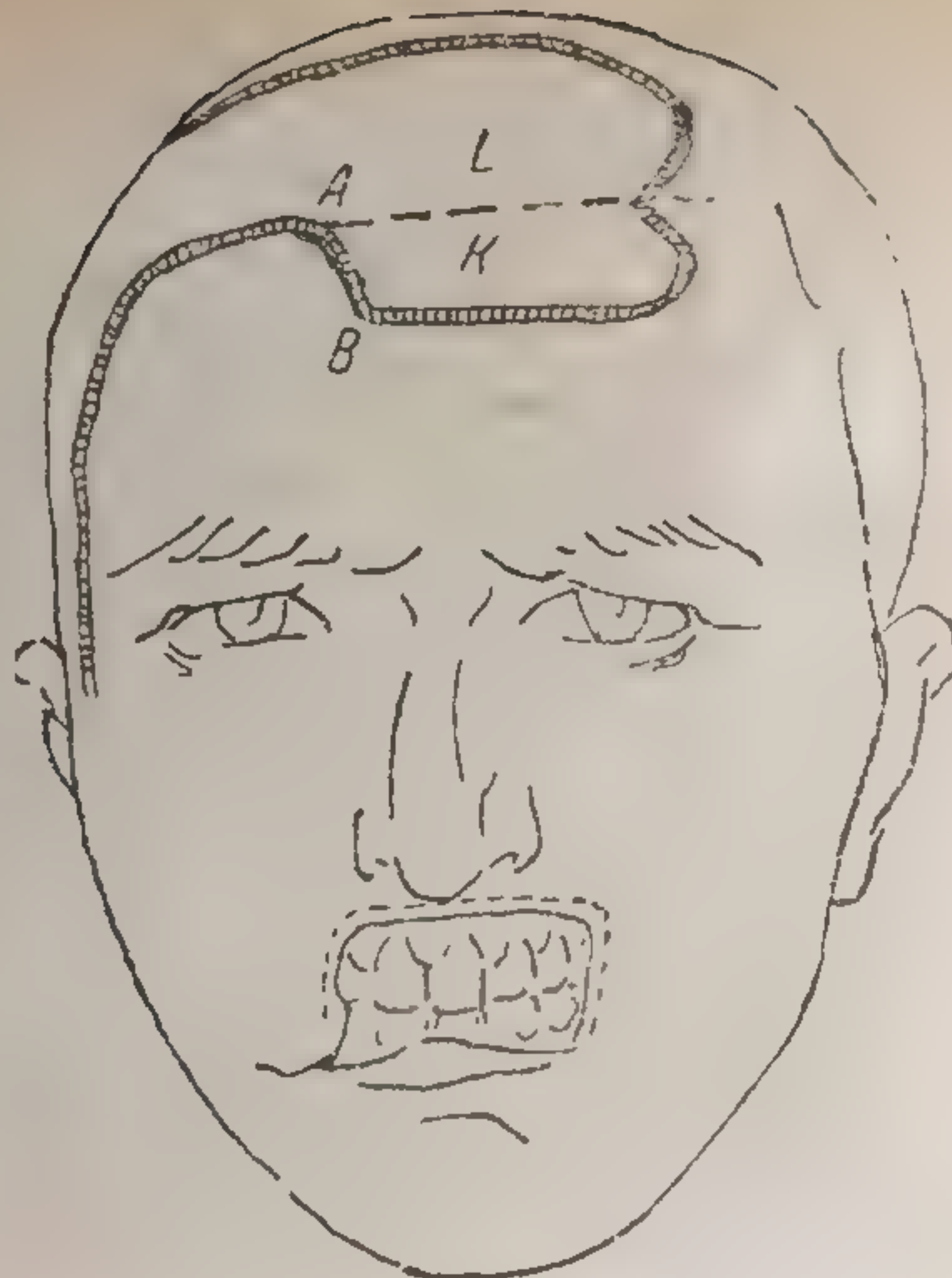


Рис. 234

Так как наибольшее разрушение коснулось верхней губы, мы решили восстановить ее в первую очередь. Казалось наиболее простым образовать губу при помощи двух встречных назо-лабиальных лоскутов. Это было сделано 6 апреля 1926 г. под общим эфирно-масляным ректальным наркозом.

Результат операции оказался плачевным. Оба лоскута почти целиком омертвели. Мы не учли того обстоятельства, что лоскуты содержали большое количество рубцовой ткани, особенно левый, основание которого состояло из массивного рубца. Однако операция дала и некоторый положительный результат. Ушла вся рубцовая ткань вокруг ротового отверстия, вследствие чего стало возможным полное раскрытие рта. Кроме того от правого лоскута осталась некоторая часть, которую можно было и по форме и по размерам считать за одну треть верхней губы.

На рис. 233 вид больного после этой операции. На месте верхней губы прямоугольный дефект.

Таким образом нам предстояло восстановить верхнюю губу *in toto*. Желательно было иметь на этой губе и растительность, которая придавала бы губе естественный вид и покрыла некоторые мелкие косметические недостатки. Исправление же выворота нижней губы как менее сложную задачу мы решили оставить под конец.

Для решения этой задачи наиболее простым казался лексеровский скальп, выкроенный в виде пистолетной ручки. Лоскут этот должен был одновременно образовать тело губы, свободный край и выстилку. Губа будет иметь также и растительность.

На рис. 234 показана схема образования лоскута. Кожа лба *K*, свободная от растительности, заменит слизистую и красную кайму. Предлежащая часть волосистой кожи *L* идет на наружное покрытие, снабженная волосами — для будущих усов. Перегнув и удвоив лоскут по линии *A* по границе волосистой части и кожи лба, мы получили то, что нам было нужно (рис. 235). Освежив края дефекта на верхней губе, расщепив их на листки — внутренний и наружный, мы перенесли приготовленную удвоенную часть скальпа к губе. Это было сделано 25 мая 1926 г. под местной анестезией так, как показано на рис. 234 и 235. Рана головы частично стянута матрасными швами. Вазелиновая повязка до 11 - 12-го дня.

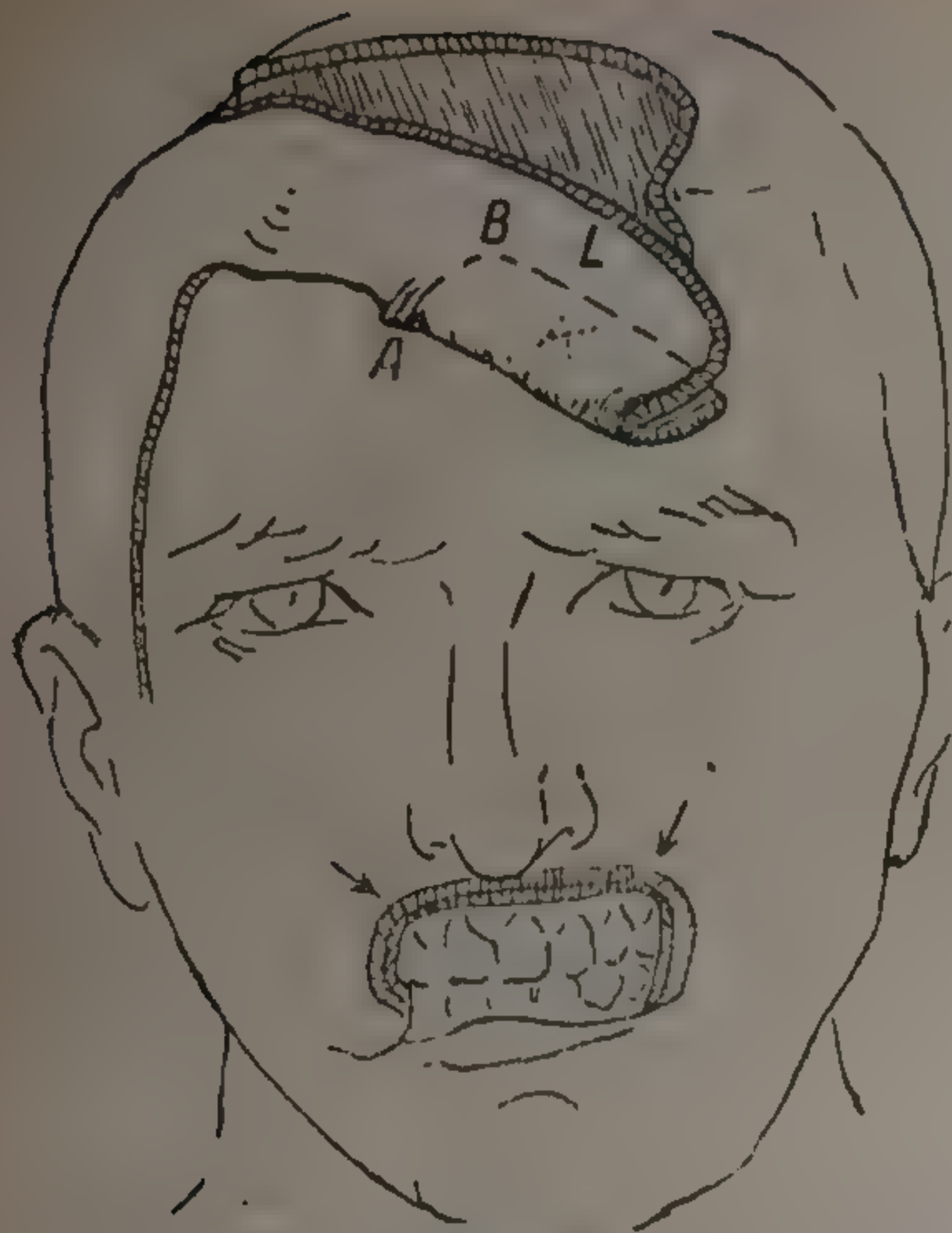


Рис. 235



Рис. 236

Нашего больного постигла новая неудача: половина новой губы омертвела, а оставшаяся почти не срослась с воспринимающей почвой. На рис. 236 результаты этой операции.

Считая наш план наиболее простым для разрешения задачи, мы решили мобилизовать попку скальпа, иначе говоря, удлинить его и снова вживить свободным концом к освеженным краям дефекта. Это и было сделано 30 июня 1926 г. под местной анестезией. Ушная раковина отодвинута далеко вниз. Добавочные разрезы у основания лоскута дают ему большую длину.

На этот раз успех полный. Лоскут прижился целиком.

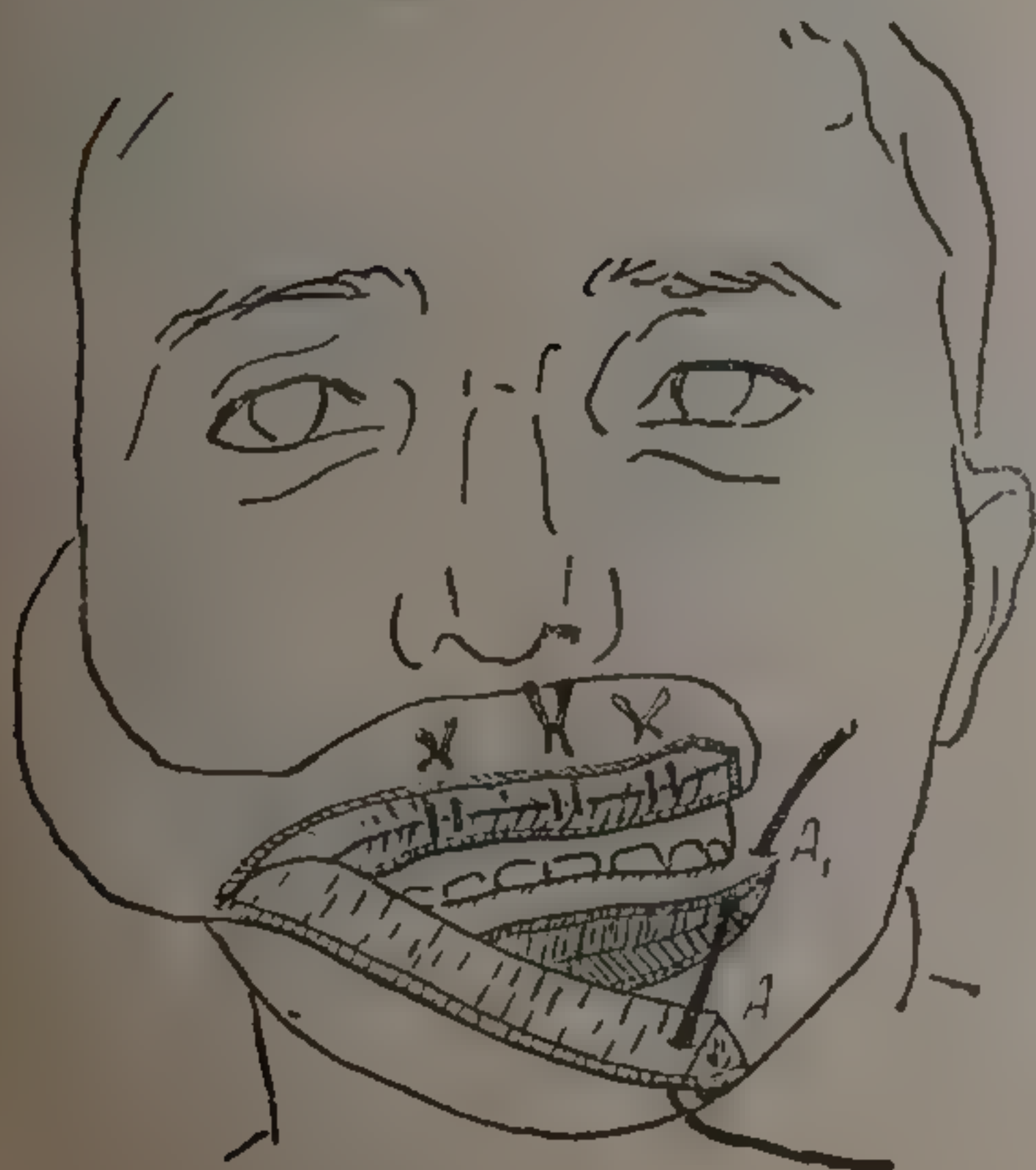


Рис. 237



Рис. 238

Для исправления выворота нижней губы остаток ее красной каймы очерчен горизонтальным разрезом на месте перехода в кожу подбородка. Слизистая отелосна кверху. Затем из края верхней губы, которая кстати очень велика, выкроен опускающийся лоскут А в виде клина. Благодаря этому на верхней губе выворачивалась наружу выстилка—безволосная часть скальпа—и образовывалось подобие красной каймы. Раневая поверхность на нижней губе имела форму пирамиды основанием кнаружи. Это было сделано под местной анестезией 27 июля 1926 г.

Лоскут А подставил красную кайму нижней губы. Все это образование напоминает раковую клешню (рис. 237 и 238).

На 20-й день ножка скальпа отсечена. Скальп расправлен и возвращен на голову. На верхней и нижней губах сделаны косметические поправки. Левый угол рта, отороченный рубцовой тканью, зияет.

5 октября 1931 г. операция. Местная анестезия. Рубцы вокруг левого угла рта иссечены, кожа сшита со слизистой. Во всю толщу щеки образован лоскут, передвинутый затем к новой губе.

Дальнейшие косметические исправления производились в течение двух месяцев.

На рис. 231 и 232 результат операции.

При полном разрушении верхней и нижней губ с изобилием вокруг рубцовой ткани скальп в виде забрала проще всего разрешает вопрос о наружном покрытии сразу для верхней и нижней губ, причем для выстилки с успехом может быть использована рубцовая ткань.

В случае, описываемом ниже, трудно себе представить другой лоскут, который, с одной стороны, был бы более благонадежен в смысле кровоснабжения, а с другой—дал бы в один и тот же момент: для верхней губы—покрытие, снабженное растительностью, а для нижней губы—покрытие, лишенное растительности.

Случай 46

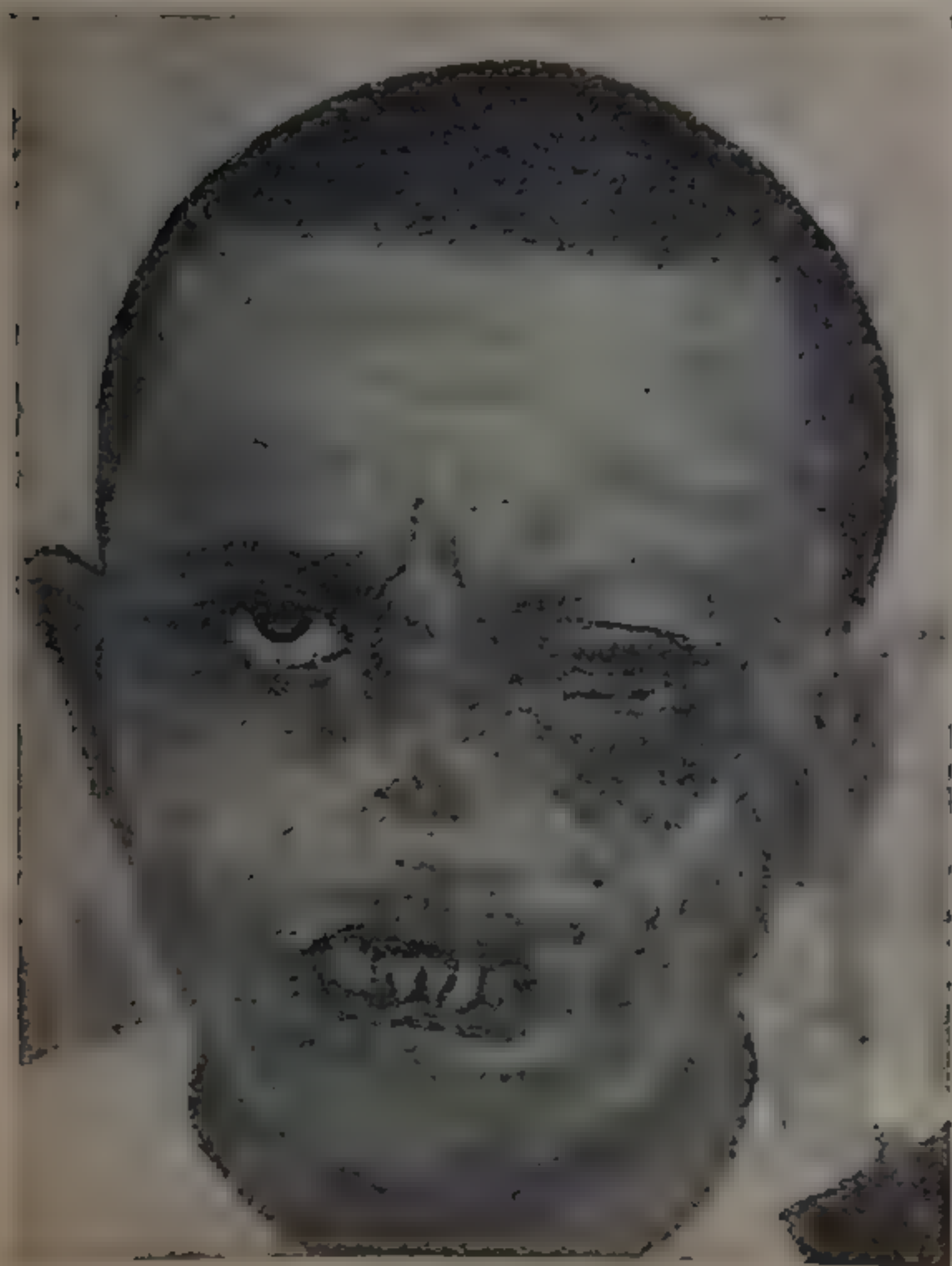


Рис. 239

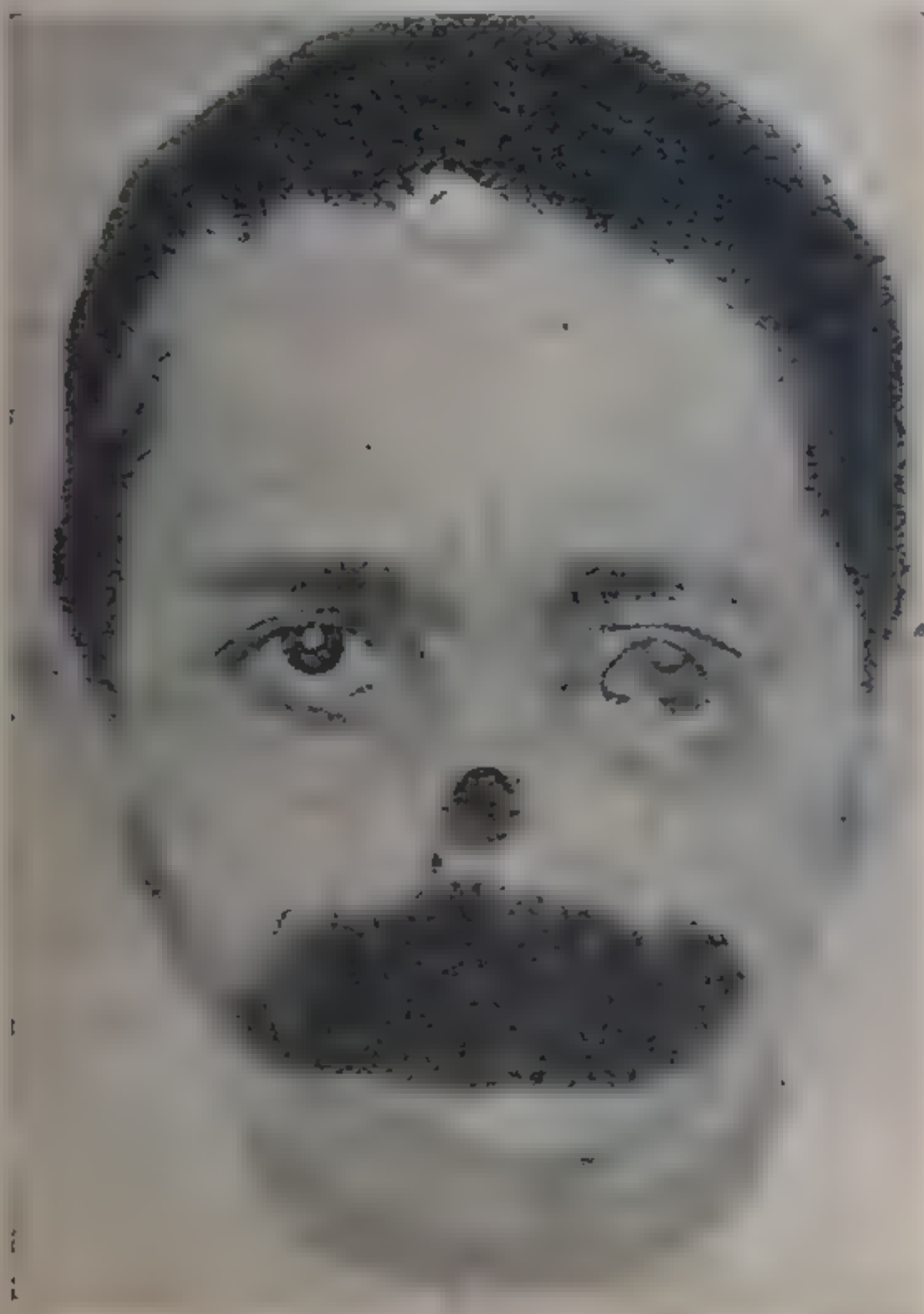


Рис. 240

Больной А., тюрк, 20 лет, крестьянин с южного склона Кавказского хребта. Перенес по его словам в раннем детстве какое-то язвенное заболевание лица. В результате совершенно разрушены нос, верхняя и нижняя губы.

На рис. 239 вид больного при поступлении в отделение. Массивный рубец покрывает почти всю поверхность лица. Левый глаз разрушен, а вместе с ним и нижнее веко. Конъюнктива вывернута наружу. На месте носа рубцовая перемычка, втянутая вогнутостью внутрь. Вокруг ротового отверстия рубцовое кольцо. Раскрывание рта невозможно. Зубы только на нижней челюсти. Питается больной, проталкивая пищу между челюстями. Реакция Вассермана отрицательна в крови и в спинномозговой жидкости.

По нашим предположениям, которые мы не можем сейчас еще окончательно подтвердить, больной перенес *gangosa*. Вопросом этим мы занимаемся и в ближайшем будущем намерены опубликовать материалы по этому поводу.

План операции был разбит на два акта. Первый акт—восстановление верхней и нижней губ в один момент; выстилка из окружающей рубцовой ткани; покрытие из скальпа в виде лоскута—забрала. Второй акт—восстановление носа; выстилка в виде опрокидывающегося лоскута, снабженного хрящом, со лба и покрытие на филатовском стебле с груди.

1 ноября 1928 г. предварительно восстановлено нижнее веко. Местная анестезия. Остатки нижнего века мобилизованы разрезом по границе с рубцом. Веко установлено в гиперкоррекции. С раневой поверхности сделан оттиск стенсом. Затем на внутренней поверхности плеча выкроен вольфовский лоскут и пересажен на раневую поверхность в области нижнего века. Лоскут пришит конским волосом и прижат к воспринимающей поверхности оттиском из стенса.

9 ноября 1928 г. сняты швы. Удален стенс. Полное приживание трансплантата. Однако вольфовского лоскута оказалось недостаточно для того, чтобы совершенно уничтожить эктропион. Поэтому 8 декабря 1928 г. нижнее веко отсепарировано по границе с вольфовским лоскутом вверх. Раневая поверхность покрыта тиршевскими трансплантатами, прижатыми стенсом (вкладка Эссера).

Лоскуты прижили хорошо. Эктропион почти исправлен.

29 декабря 1928 г. образование верхней и нижней губ. Местная анестезия. Для образования выстилки вокруг ротового отверстия выкроен опрокидывающийся лоскут из рубцовой ткани так, как это показано на рис. 241 и 242. Затем выкроен скальп в виде забрала, ножки которого располагаются у ушных раковин.

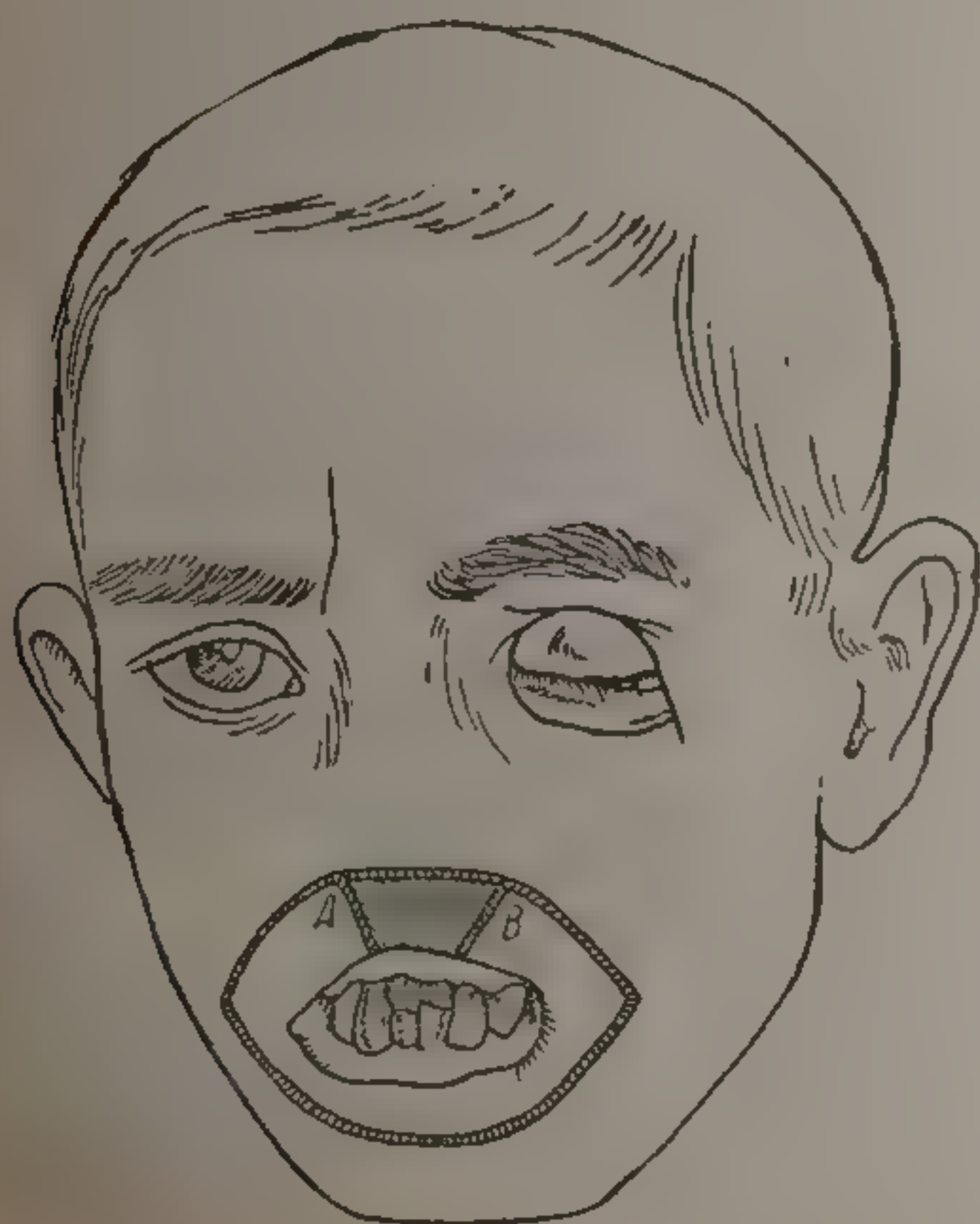


Рис. 241

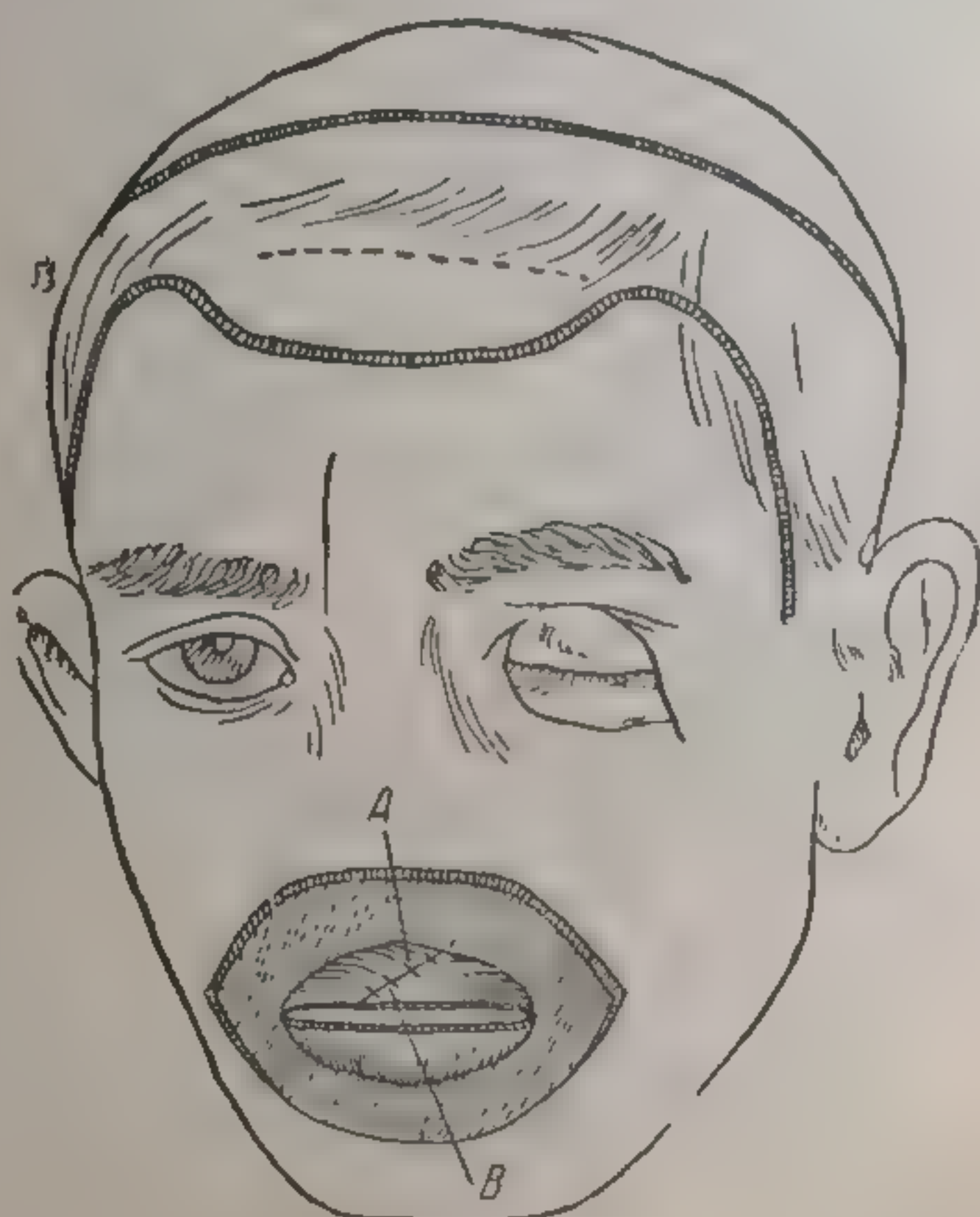


Рис. 242



Рис. 243

вин справа и слева. Середина скальпа выкроена таким образом, что переднюю половину ее составляет кожа лба, заднюю — волосистая часть. Передняя половина для нижней губы, задняя для верхней. По границе перехода кожи лба в волосистую часть сделан фронтальный разрез — ротовое отверстие.

Скальп, спущенный на рану вокруг рта, образовал наружное покрытие для верхней и нижней губ. Выстилка, сшитая с отверстием в скальпе, оформила ротовое отверстие. Ножки скальпа парой швов превращены в трубку. Рана головы уменьшена натяжением матрасных швов. Вазелиновая повязка.

Все прекрасно прижилось. На рис. 243 вид больного после этой операции.

23 января 1929 г. операция. Местная анестезия. Пересечены обе ножки скальпа-забрала. Ножки расправлены и возвращены на свое место. Остающейся на лбу ране дана возможность зажить *per secundam*. Края лоскута вживлены «заподлицо». Новая верхняя губа покрыта обильной растительностью.

21 февраля 1929 г. операция. Местная анестезия. Рот расширен в обе стороны симметрично до высоты зрачков. Раневая поверхность окаймлена выстилкой. Первичное натяжение.

Сделан месячный перерыв. Рана на лбу к этому времени зарубцевалась. Начата подготовка к восстановлению носа.

11 марта 1929 г. операция. Местная анестезия. Перепонка на месте входа в нос перфорирована скальпелем. Немедленно восстановилось носовое дыхание. В образованное отверстие введена дренажная трубка, покрытая тиршевскими трансплантатами (вкладка Эссера).

21 мая 1929 г. операция. Общий эфирный наркоз. Слева, в подключичной ямке образован филатовский стебель. Питающий конец в области головки плеча, лоскутный в области мечевидного отростка грудины. Первичное натяжение.

На лето больной выписан из отделения. На рис. 240 вид больного перед отъездом. К сожалению он не вернулся в отделение для восстановления носа.

Чтобы закончить эту главу, приведем случай, где кроме разрушения верхней губы разрушена подлежащая часть щеки вместе со слизистой, с рубцовой контрактурой нижней челюсти.

Эта сложная задача требует применения различных методов для своего ре-

шения: предварительно необходимо заменить рубец на внутренней поверхности щеки эластической выстилкой и этим уничтожить контрактуру нижней челюсти, а затем при составлении плана для верхней губы необходимо включить в восстановление подлежащую часть щеки во всех ее слоях и образование угла рта, не уменьшая качественных требований к губе.

Нетрудно заметить, что в этом случае, более сложном, чем все предыдущие, для восстановления потребовалось применение целого ряда простых способов, описанных в этой главе раньше: тут и опрокидывающийся лоскут, и мобилизация остатка губы, и красной каймы, и скальп в виде пистолетной ручки и т. д., и предварительно приготовленный зубной протез, который восстановил прикус и дал суппорт новой губе.

Случай 47

Больной Ш., тюрк, 18 лет, крестьянин из Ленкорани. В раннем детстве перенес какое-то острое заболевание в области правого угла рта (ному?).

На рис. 244 вид больного при поступлении в отделение. От верхней губы остался совсем небольшой участок слева, отороченный красной каймой. Нижняя губа сохранилась целиком. Щека в области правого угла рта разрушена. Плотный рубец окаймляет край дефекта, проникая в глубину. Массивный рубец, заменив слизистую на внутренней поверхности правой щеки, замкнул рот—движения нижней челюсти совершенно отсутствуют. Правая половина нижней челюсти сохранила лишь один клык. Левая половина сохранила все зубы, начиная от клыка кзади. Альвеолярный отросток нижней челюсти значительно атрофирован. На верхней челюсти зубы, не имея антагонистов и губы, располагаются беспорядочно. Непрерывно стекает слюна. Речь невнятная. Питается, проталкивая пищу между челюстями. Реакция Вассермана отрицательна. Рентгеновские снимки обоих челюстных суставов показали их совершенно нормальными.

Необходимо вернуть нижней челюсти подвижность, заменив рубцовую ткань на внутренней поверхности щеки эластичной выстилкой; образовать новую губу и восстановить щеку и угол рта; приготовить протезы для нижней челюсти и вероятно и для верхней, так как зубы на последней мало пригодны для жевания. Все это должно иметь не только нормальную форму, но и фактуру материала.

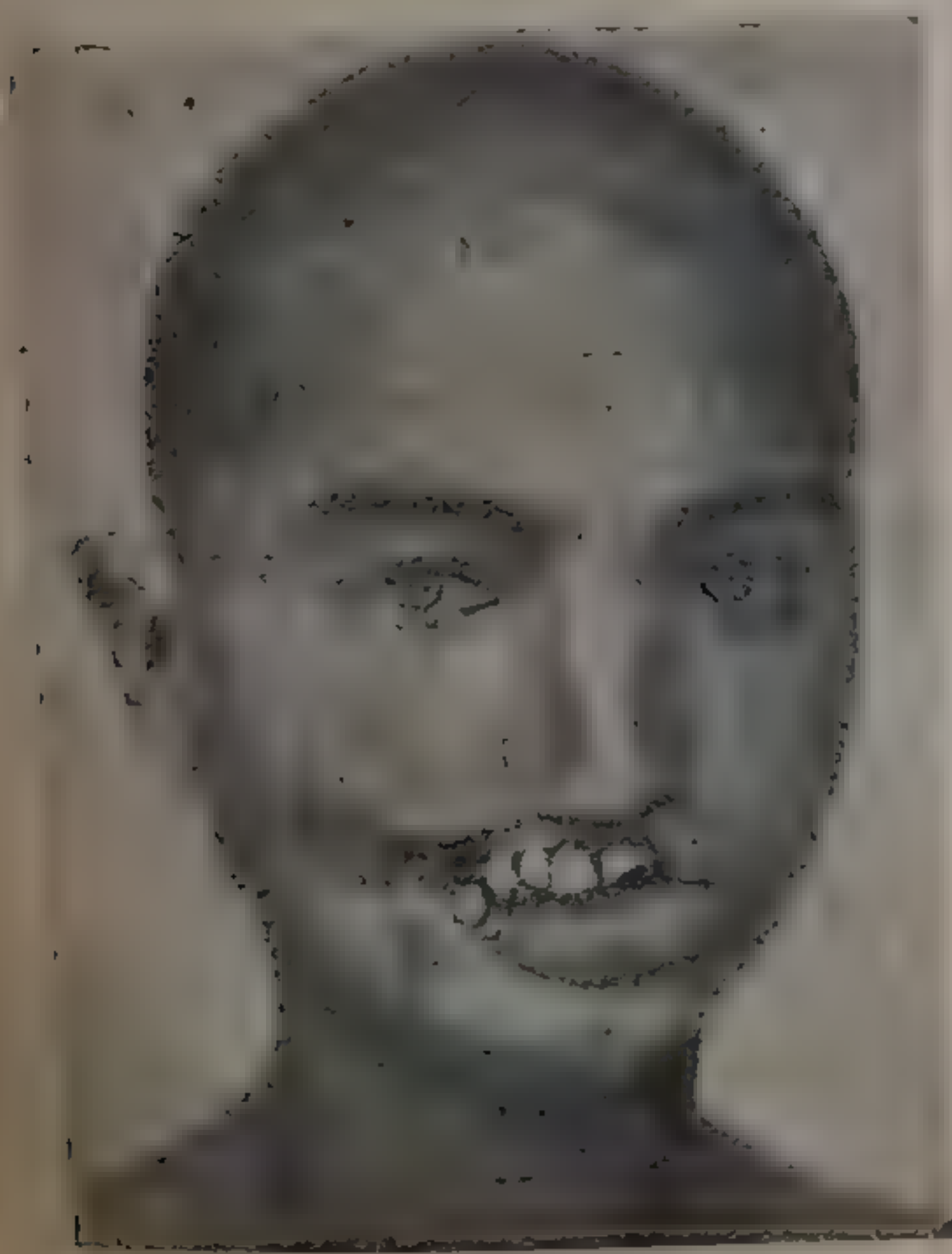


Рис. 244



Рис. 245

соответствующую мужской верхней губе и щеке. Не менее важно, чтобы новая губа, щека и угол рта нормально функционировали. Довольно сложная задача.

План операции разбит на два акта.

Первый акт—иссечение рубца на внутренней поверхности щеки, создание нормальной выстилки, устранение контрактуры нижней челюсти. Для этой цели восстановления мы имели два варианта. Первый—как всегда более простой—заключался в том, чтобы иссечь рубец на внутренней поверхности щеки, добраться до нормальной слизистой и сшить ее с кожей щеки. В случае, если эта операция не даст успеха или результат будет недостаточный, прибегнуть к более сложному способу: создать выстилку при помощи шейного лоскута по Алмазовой после радикального иссечения рубца.

Второй акт—образование щеки, верхней губы и угла рта: образовать выстилку из опрокидывающихся лоскутов щеки, мобилизовать остаток верхней губы, а наружное покрытие для всей этой конструкции создать из скальпа.

После консультации с нашими протезистами зубы на верхней челюсти решено убрать и приготовить для верхней и нижней челюстей нормально артикулирующие протезы.

Больного готовят к операции: ежедневно мыльные ванны, обильные irrigation теплой водой полости рта.

31 июля 1930 г. операция—первый акт. Местная анестезия. Разрез по заднему краю дефекта. Проникая в глубь массивного рубца и иссекая его, нам удалось получить подвижность нижней челюсти примерно на $1\frac{1}{2}$ см в области резцов. Однако рубец уходит далеко кзади, и нет надежды, что после его полного иссечения нормальную слизистую можно будет дотянуть кпереди и сшить с кожей. Решено на этом прекратить дальнейшее иссечение и края образовавшейся раны (выстилки и кожи) сшить конским волосом.

В течение продолжительного времени затем мы стремились развить эффект операции, но это оказалось невозможным. Раскрывание рта не превышало расстояния $1—1\frac{1}{2}$ см между зубами.

Деформированные передние зубы на верхней челюсти удалены. Клык справа оставлен.

Решено обратиться к операции Алмазовой.

31 октября 1930 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Радикальное иссечение рубца на щеке снаружи и внутри. Полная подвижность нижней челюсти. Затем на шее выкроен восходящий лоскут А вместе с platysma

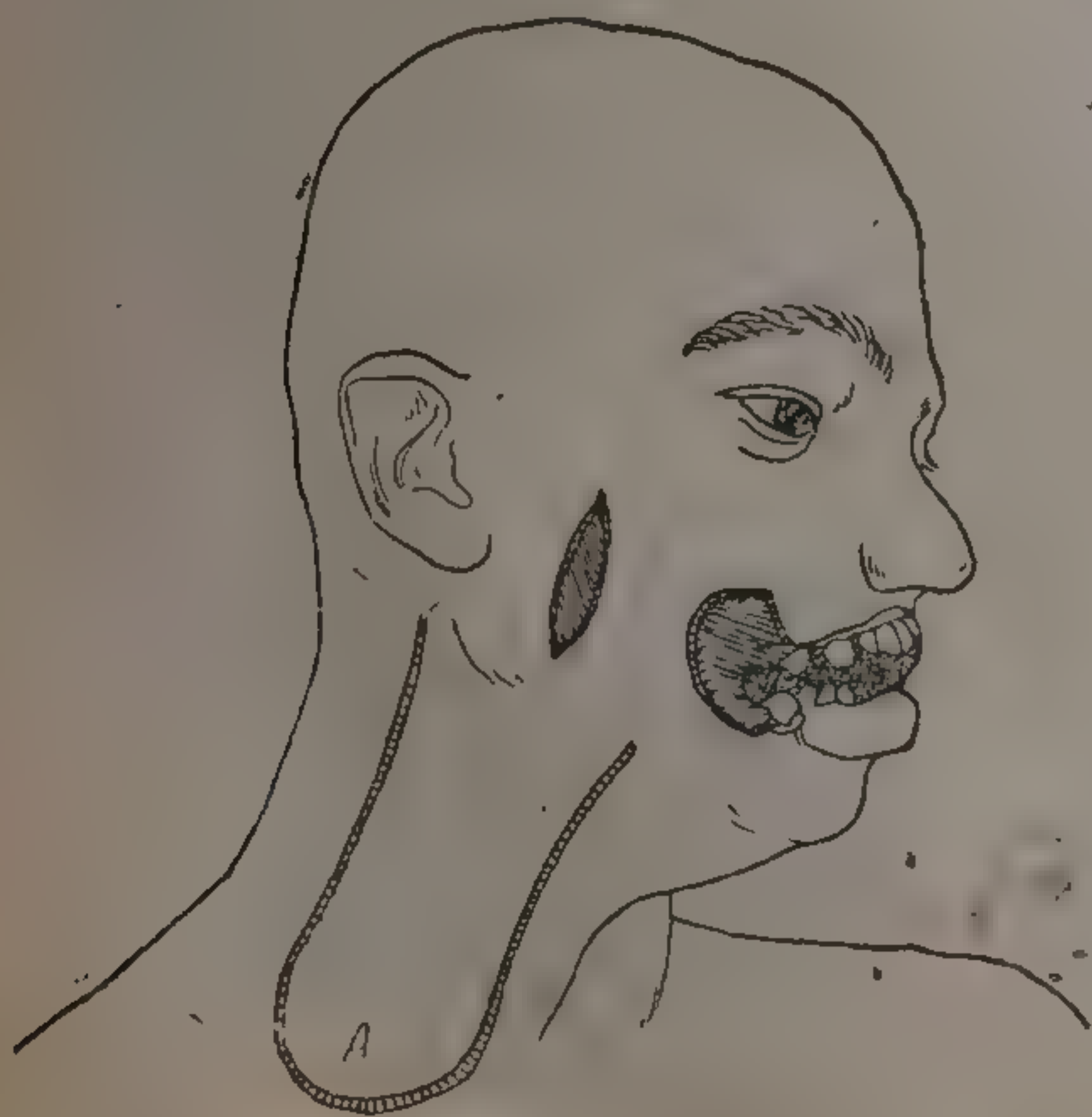


Рис. 246

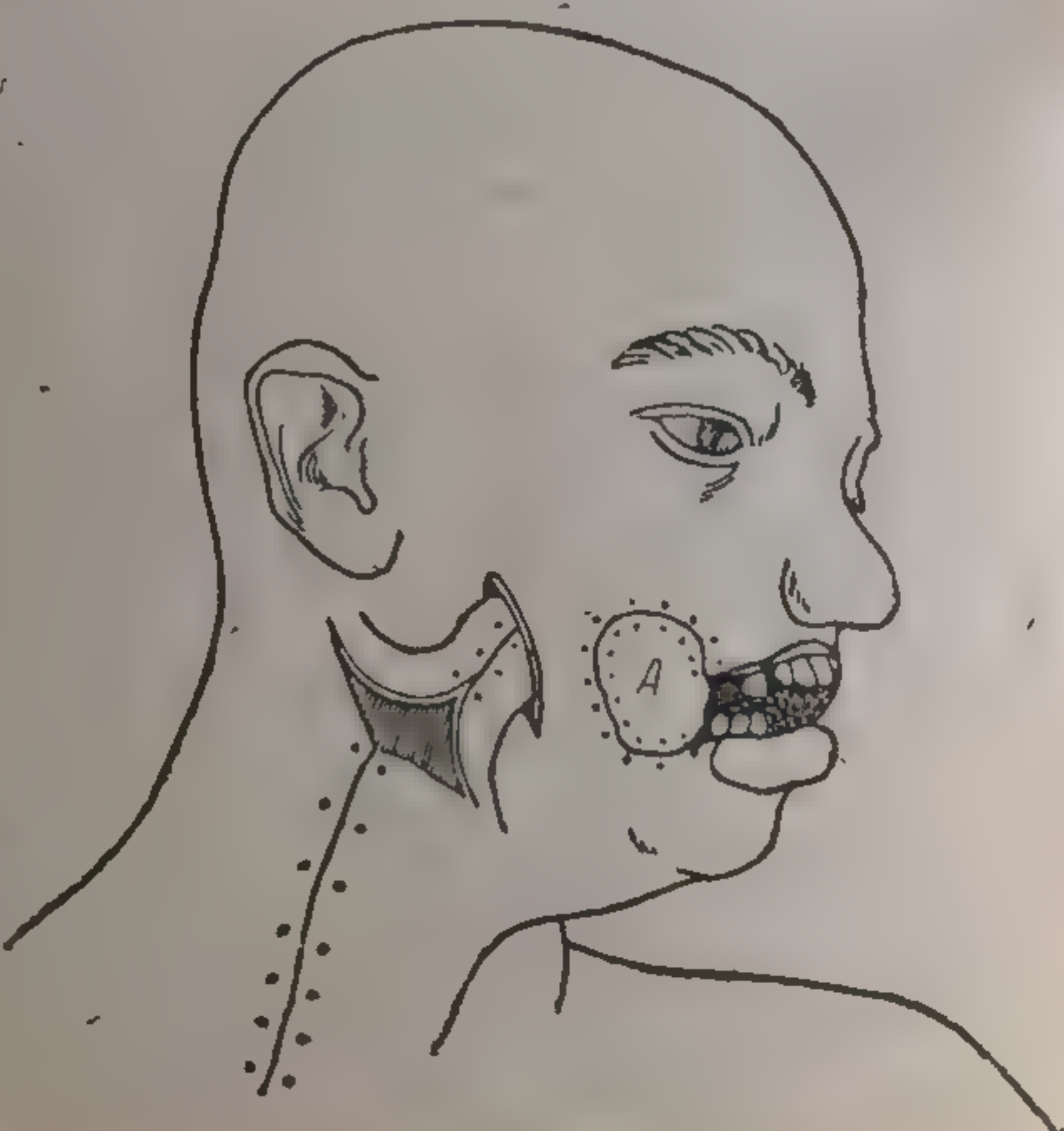


Рис. 247

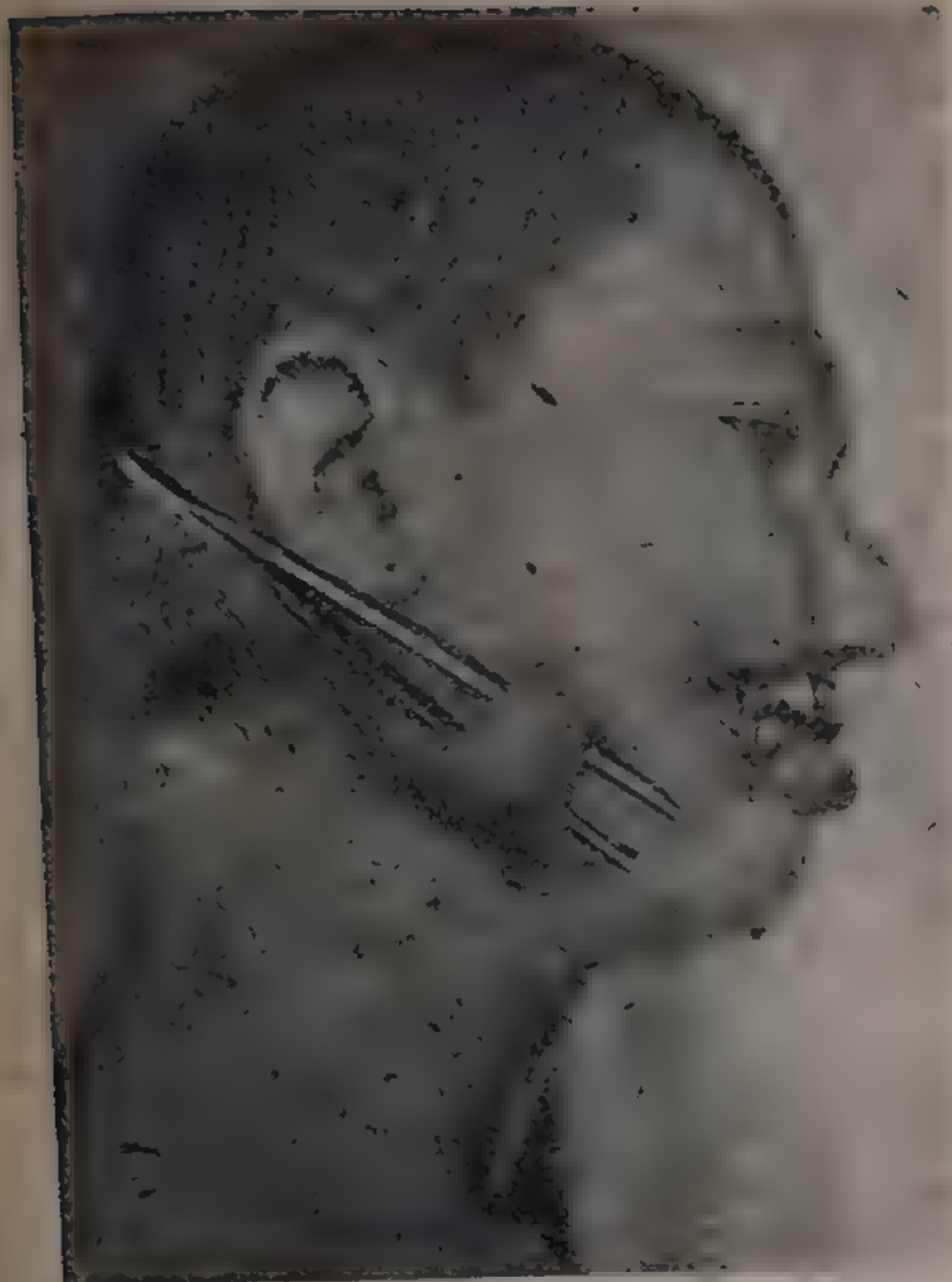


Рис. 248



Рис. 249

myoïdes основанием у угла нижней челюсти, а лоскутным концом в области ключицы. Впереди переднего края вертикальной ветви нижней челюсти в щеке сделано сквозное отверстие и через него проведен в полость рта восходящий лоскут А раневой поверхностью к щеке, эпителиальной — к зубам. Лоскутный конец выведен изо рта наружу и им оторочена кожная рана.

На рис. 246 и 247 схема операции. Ножка лоскута превращена в стебель (острый стебель).

Рана на шее зашита сильными матрасными и пуговичными швами. Лоскут А прекрасно прижился. Омертвел лишь его наиболее периферический краешек, но это никак не отразилось на успехе операции. Рана на шее зажила первичным натяжением (рис. 248).

25 ноября 1930 г. ножка лоскута А отсечена, остаток ее удален и края раны зашиты «заподлицо». Рана на щеке расширена. Часть лоскута, находящаяся в толще щеки, удалена. Послойно зашита рана слизистой, мышц и кожи щеки.

Эффект операции полный: нормальная подвижность нижней челюсти; и доктор Е. Е. Теслер получил возможность приготовить протезы верхней и нижней челюстей.

На рис. 249 результат этой операции. На этом рисунке хорошо виден наружный край пересаженного в рот лоскута, сращенный с кожей щеки. Сделан перерыв в операциях, чтобы больной набрался сил для следующего акта.

27 марта 1931 г. операция — второй акт: образование щеки, верхней губы и угла рта. Эфирно-масляный наркоз через прямую кишку. Для образования выстилки новой щеки проведен разрез по границе сращения кожи щеки и образованной выстилки (рис. 251) К. По верхнему и нижнему краям дефекта образованы добавочно еще по одному опрокидываемому лоскуту М и N. Лоскуты эти сшиты один с другим кетгутом так, как это показано на рис. 251. Мобилизованная нижняя губа установлена в надлежащее положение и пришита к выстилке. Мобилизован остаток верхней губы слева. Его удалось дотянуть почти до высоты правого крыла носа и пришить к опрокидываемому лоскуту М. Выстилка готова, остается наружное покрытие. Для этого выкроен большой скальп, лоскутный конец которого по рисунку соответствует контурам щечно-губной раны. На рис. 251 схема этого акта операции. Ножка скальпа превращена в стебель



Рис. 250

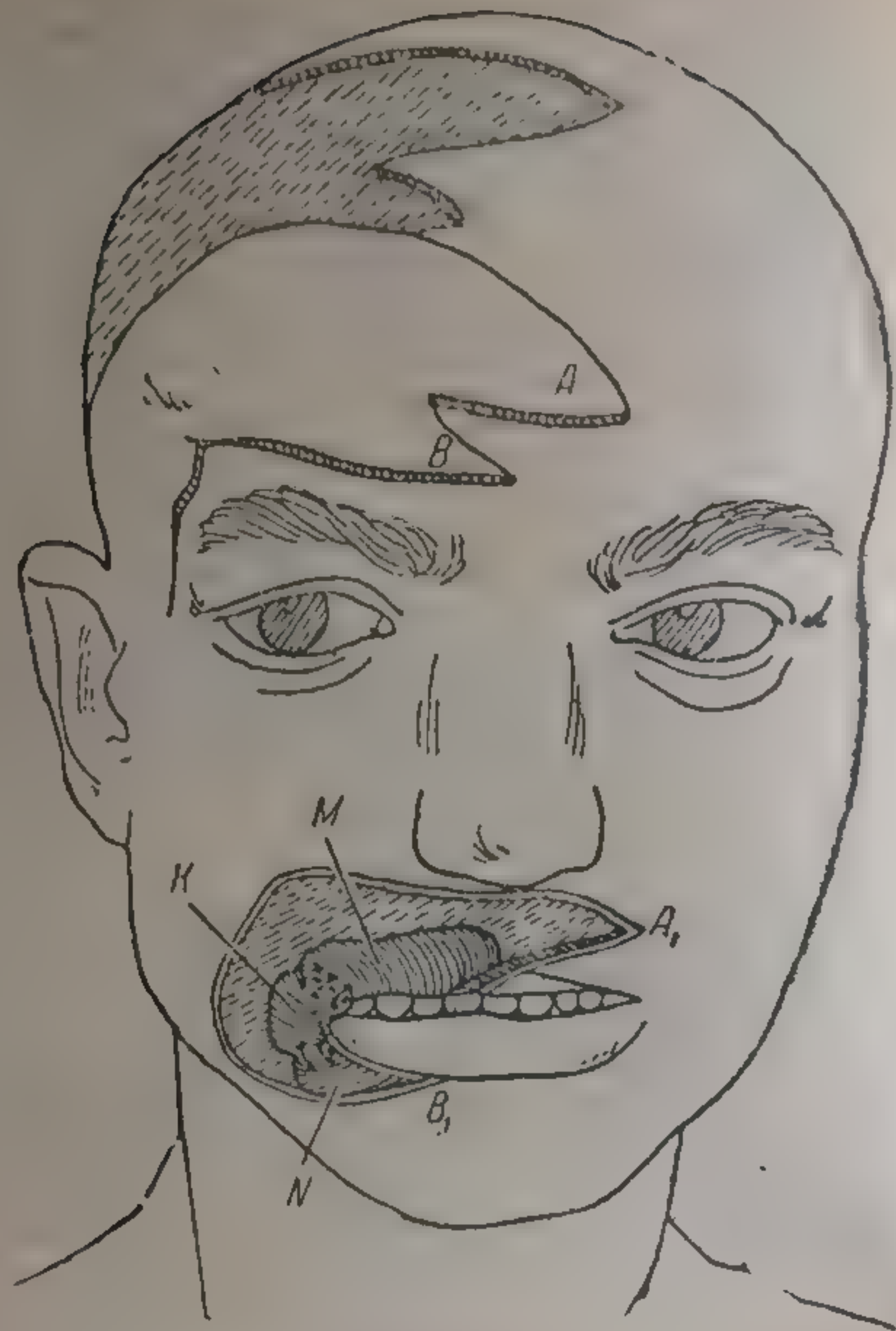


Рис. 251

нарой швов. Рана на голове уменьшена натяжением матрасных швов. Вазелиновая повязка на голову. Рана на щеке оставлена по обыкновению открытой.

Гладкое послеоперационное течение. Лоскуты прижили полностью.

22 апреля 1931 г. ножка скальпа отсечена. Скальп расправлен и возвращен на место, задний край лоскута вживлен на щеке «заподлицо».

На рис. 245 непосредственный результат операции. Лоскут еще отечен. Требуются дальнейшие косметические мелкие поправки. К сожалению мы не имели возможности их произвести, так как больной, выписанный временно домой, не вернулся для дальнейших исправлений; однако полость рта получила нормальные стенки. Образованы ротовое кольцо и эластичная щека. Благодаря этому исправлена речь и больной получил возможность нормально питаться.

УГОЛ РТА И ПРЕДЛЕЖАЮЩАЯ ЧАСТЬ ЩЕКИ

Разрушения угла рта и предлежащих отделов верхней и нижней губ, а также щеки являются результатом тех же причин, на которые мы указывали, как на источники разрушения верхней и нижней губ. Хорошо известно, что излюбленным местом расположения нумы является угол рта. В одних случаях разрушенный угол рта заменяется рубцом, который припаивает его к той или иной челюсти; ротовое отверстие суживается и раскрывание рта делается затрудненным, не говоря уже о том, что неподвижный угол рта создает некрасивую асимметрию лица, особенно заметную при разговоре и улыбке. При больших степенях разрушения рубцовая ткань заменяет близлежащую слизистую. Это ведет к потере эластичности щеки, т. е. к значительному ограничению подвижности нижней челюсти вплоть до полной невозможности раскрывания рта.

Еще большие разрушения приугловой области оканчиваются потерей тканей и сквозным дефектом этой области. В этих случаях к обезображиванию присоединяется непроизвольное стекание слюны через имеющийся дефект. Здесь плотный рубец распространяется на значительно большее пространство, чем видимый дефект. Это наиболее сложные случаи для восстановления среди изолированных разрушений угла рта.

Наконец разрушения угла рта входят как некоторая часть в состав больших разрушений огнестрельного порядка щек, губ, нижней челюсти. Основные требования, которые необходимо поставить себе при восстановлении этой подвижной части лица, будут: анатомически правильное положение и форма угла рта, т. е. угол должен располагаться в горизонтальном уровне и на высоте зрачка симметрично противоположной половине рта. Рисунок красной каймы должен сходиться к углу в виде убывающей полоски слизистой. Угол не должен быть вдавлен при раскрывании рта; при разговоре и улыбке он должен сохранить свои естественные мимические движения.

Все это можно получить, когда круговое мышечное ротовое кольцо восстановлено, когда порции этой части мышцы верхней и нижней губ спаяны одна с другой и угол рта уравновешен противонапряжением щеки кзади. Для этого нужны хорошие sulcus на верхней и нижней губах и нормальная слизистая вокруг угла рта.

При небольших разрушениях слизистой вкладка по Эссеру упрощает операцию и дает полный эффект. Наружное покрытие удастся создать, мобилизовав предлежащие отрезки губ и кожу в виде восходящего или опускающегося лоскута по соседству с дефектом.

При обширных сквозных дефектах выстилка образуется из опрокидывающихся лоскутов или же лоскутом по Израелю (Israel), Лексеру, а лучше всего с нашей точки зрения по Алмазовой. Правда, при способе Алмазовой операция идет в несколько актов в отличие от способа Лексера, который применим только у мужчин.

Ясно, что опрокидывающийся лоскут не должен иметь волос. Нам случалось видеть больных, у которых с внутренней поверхности новой щеки после пластических операций изо рта наружу энергично росли волосы. Лоскут для выстилки

ки необходимо выбрать без волос, а если это невозможно, то произвести предварительную эпиляцию, лучше всего легким прижиганием диатермической пуговкой.

Наружное покрытие, если его не удастся образовать на месте, у женщины можно получить при помощи большого восходящего лоскута с шеи, у мужчины—или тем же способом, или при помощи скальпа, или при помощи передвижки всей щеки по Эссеру.

Мы не имели никогда повода прибегать к этой сложной операции.

Большую пользу мы получали от назо-лабиального лоскута. Он или поддерживает угол рта, если он ложится под нижнюю губу, или, наоборот, отдавливает верхнюю губу, когда это нужно. Питание этого лоскута обеспечено, рубец после него совершенно незаметен, поэтому он является во всех отношениях надежным лоскутом.

Обычно в один раз не удается образовать правильно расположенный и красивый угол рта. Повторные операции—почти правило.

Ряд случаев, где образование угла составляло лишь часть общего разрушения лица, включающего и повреждения челюстей, приведен в соответствующих отделах, особенно в главе о сложных повреждениях. Несколько характерных случаев, отобранных нами, иллюстрируют более подробно изложенное выше. Первые два случая—это наиболее простое положение, когда нет большой потери тканей; межгубная спайка заменена рубцом, и угол рта занял несимметричное положение.

Случай 48

Больной К., 25 лет. Перенес несколько лет назад язвенное заболевание области левого угла рта, начавшееся с десны и зубов.

На рис. 252 вид больного при поступлении в отделение. Разрушен левый угол рта. На месте угла рубцовая спайка. Предлежащая часть щеки заменена сквозным рубцом, который в виде вдавления подчеркивает обезображивание. Раскрывание рта не нарушено.

Предстояло создать новый угол и заменить рубец вблизи него нормальной кожей с жировой подкладкой.

26 декабря 1927 г. операция. Местная анестезия. Рубцовая спайка между верхней и нижней губами рассечена. Предлежащие части верхней и нижней губ



Рис. 252



Рис. 253

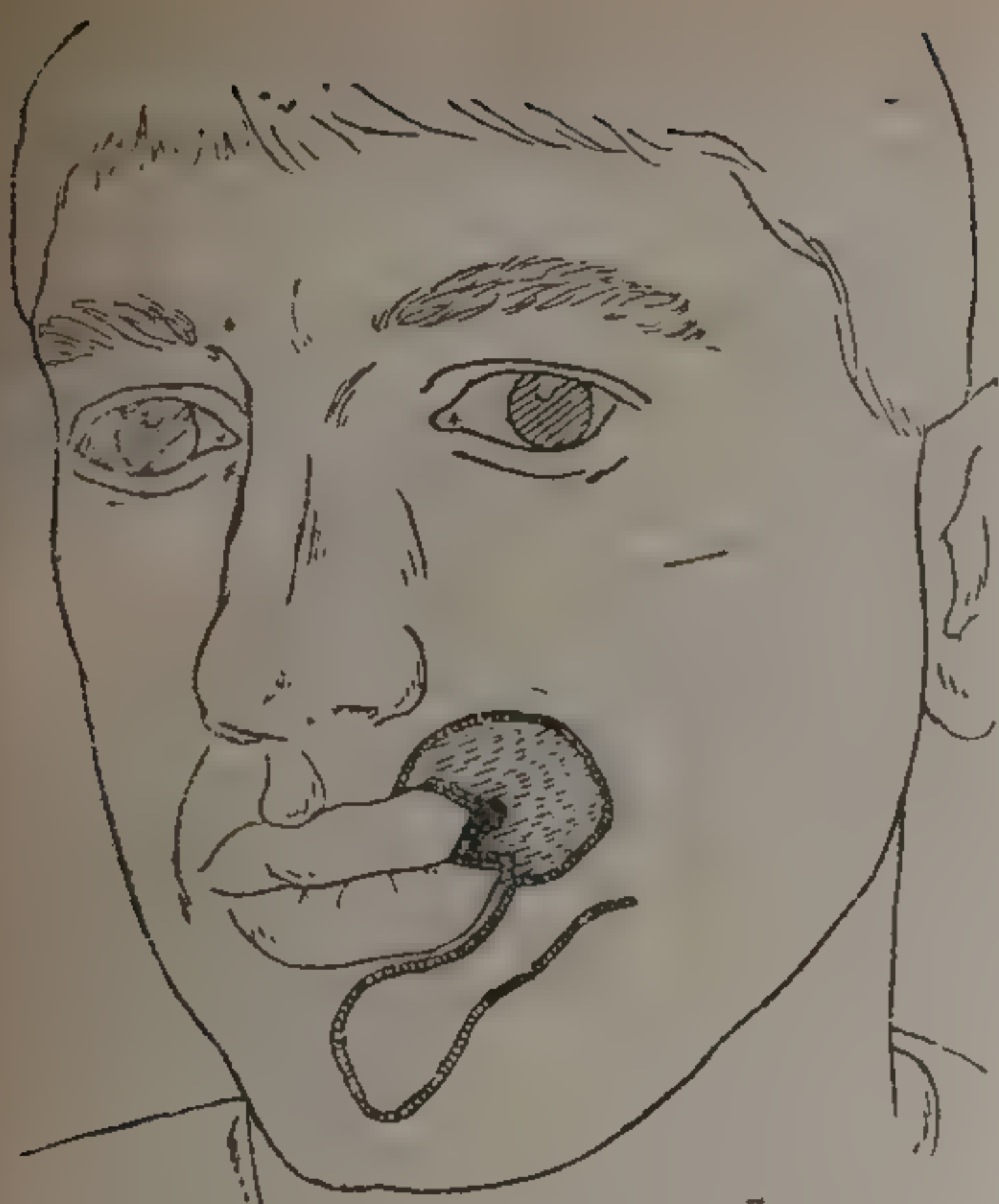


Рис. 254



Рис. 255

освежены так, как это показано на рис. 254. Освеженные поверхности сшиты одна с другой, и этим образован угол рта. Рубец на щеке иссечен без вскрытия полости рта. Чтобы закрыть образовавшуюся раневую поверхность и удержать новый угол рта от тенденции тянуться вверх, выкроен восходящий лоскут под нижней губой. Лоскут повернут вокруг своего основания и им прикрыта вся рана. Рана на месте взятия лоскута закрыта стягиванием ее краев кетгут-конским волосом.

На рис. 255 схема законченной операции. На рис. 253 результат через два года после операции.

Случай 49



Рис. 256

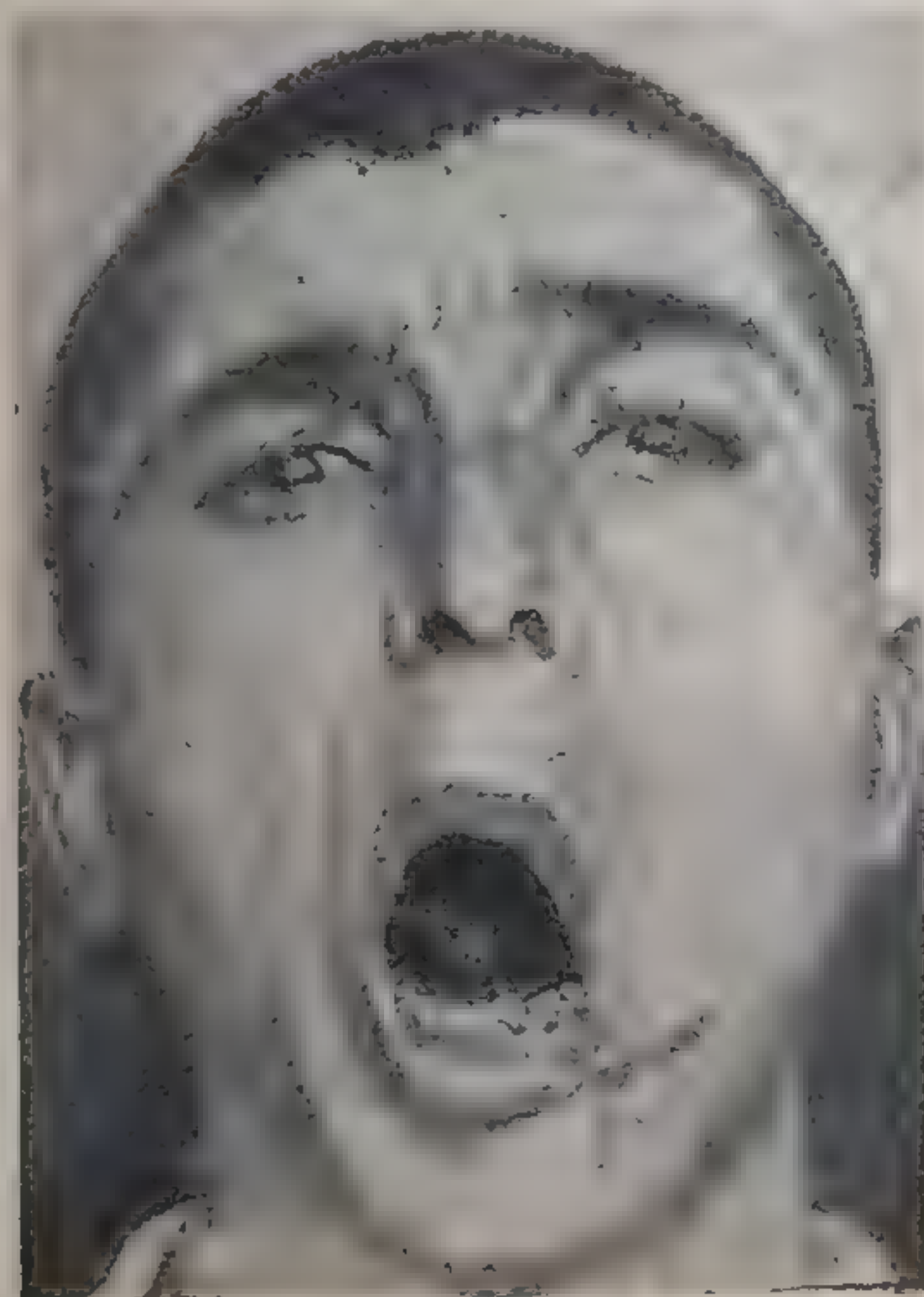


Рис. 257



Рис. 258



Рис. 259

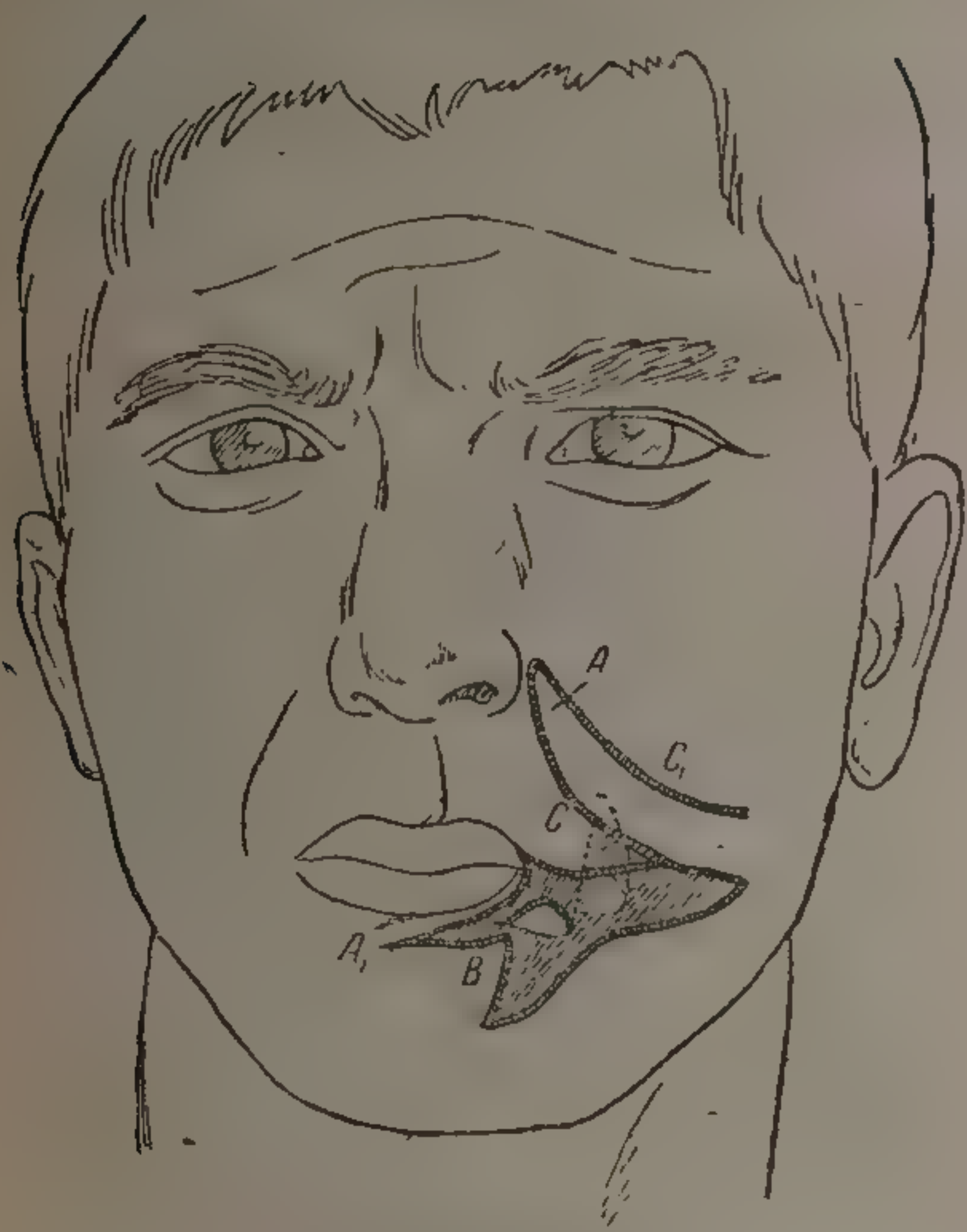


Рис. 260

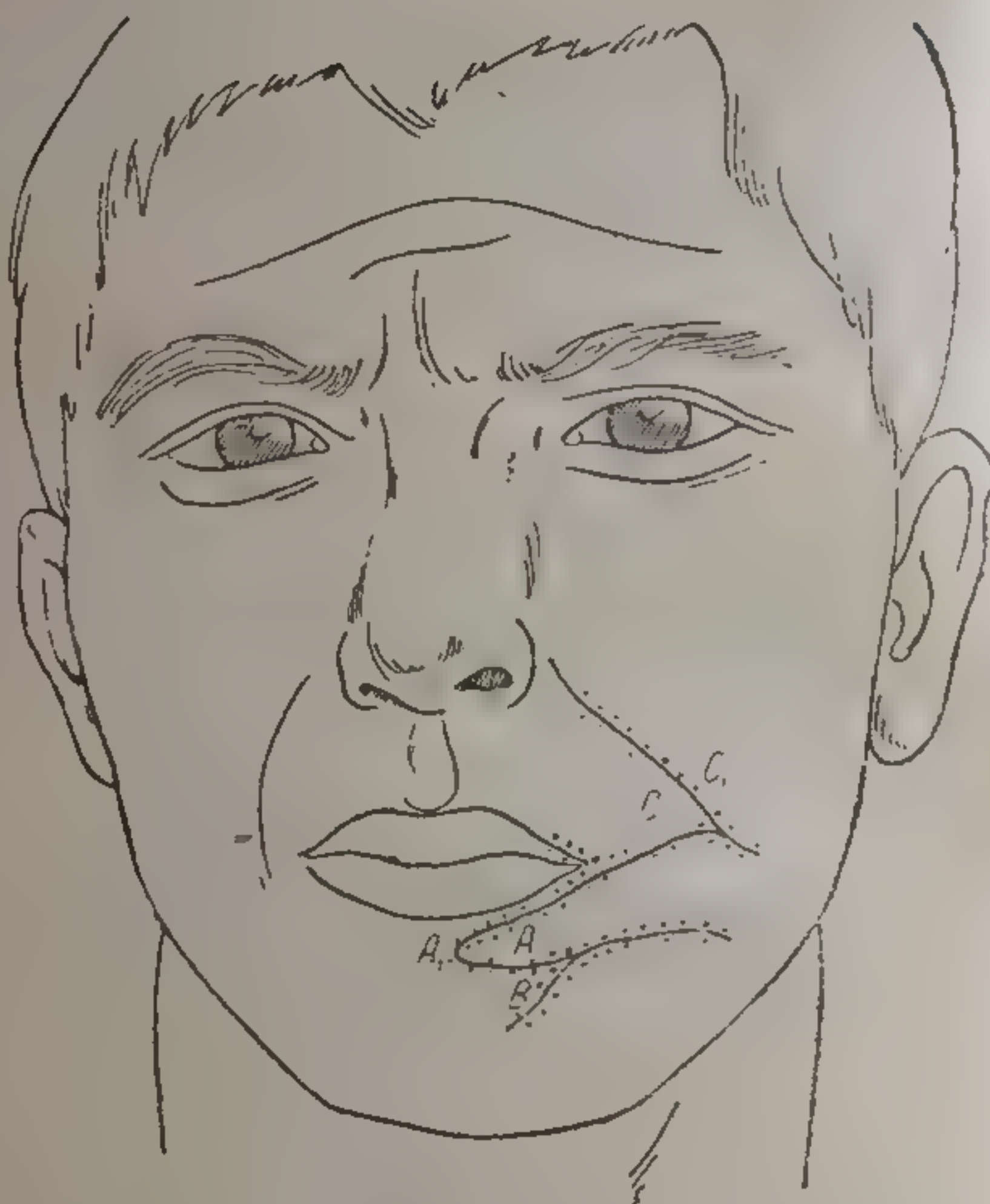


Рис. 261

Больной Б., 25 лет, рабочий нефтебурения. Во время работы получил повреждение в области левой половины нижней губы и угла рта. После заживления раны остался вдавленный рубец, идущий от левого угла кнаружи, а также деформация левого угла рта и приращение угла рта к слизистой альвеолярного отростка. При разговоре и улыбке левая половина рта остается неподвижной.

Необходимо восстановить угол рта и *sulcus labialis* в области имеющегося рубца (рис. 256 и 257).

Операция. Местная анестезия (рис. 260 и 261). Иссечен рубец—перемычка на нижней губе. Вновь образован угол рта. Иссечен рубец, идущий от угла рта кнаружи; при этом на месте приращения нарушена слизистая и вскрыта полость рта. Дефект слизистой закрыт нисходящим лоскутом слизистой, выкроенным рядом с дефектом (на рис. 261 лоскут слизистой показан точками). Губа и угол рта, освобожденные от рубцов, стали на свое естественное место. Необходимо удерживать их в этом положении. Для этого выкроен слева нисходящий назо-лабиальный лоскут А (рис. 260), которым закрыта вся раневая поверхность, оставшаяся после иссечения рубца. Назо-лабиальные лоскуты всегда имеют тенденцию несколько тянуться кверху, что в данном случае и требуется. Все зашито наглухо в два этажа кетгутом и конским волосом.

На рис. 261 окончательная схема операции. Первичное натяжение.

На рис. 258 и 259 вид больного при выписке. Хорошие функциональный и косметический результаты.

Случай 50

Больной В., казанский татарин, мальчик, 6 лет. Полгода назад перенесшему правой щеки вблизи угла рта. Огромный дефект правой щеки постепенно уменьшается и к моменту поступления вновь в отделение представляет собой небольшой сквозной свищ вблизи правого угла рта, окруженный массивной рубцовой тканью. Сюда же притянут правый угол рта, припаянный к нижней челюсти. Зубы на месте дефекта отсутствуют. Через свищевое отверстие непрерывно сочится слюна.

Ребенок истощен. Поэтому в течение двух месяцев он получает в отделении усиленное питание. Лишь после того как мальчуган совершенно оправился и значительно прибавил в весе, мы приступаем к восстановлению разрушенной щеки.

На рис. 262, 263 вид больного к этому времени.

План операции составлен следующим образом. Иссечь рубец вместе со свищом, сохранив спайку между верхней и нижней губами. При иссечении рубца освободятся нижняя губа и угол рта. При этом должен получиться дефект как со стороны слизистой, так и наружного покрытия. Дефект слизистой необходимо закрыть мобилизацией лоскутов по соседству. Наружное покрытие выкроить в виде назо-лабиального лоскута, который естественной тенденцией будет поддерживать правый угол рта.

2 апреля 1933 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Имеющийся массивный рубец очерчен и иссечен. При этом образовался довольно большой дефект щеки. Правый угол рта удалось освободить, сохранив спайку между губами неповрежденной. Со стороны полости рта пришлось иссечь рубцы по ходу *sulcus labialis* по наружной поверхности альвеолярного отростка. Для образования недостающей части выстилки в глубине щеки выкроен лоскут слизистой основанием у дефекта, вершиной в направлении скуловой кости. Лоскут повернут вокруг ножки и основания и уложен на дефект, где пришит кетгутом. Рана в месте взятого лоскута также зашита кетгутом.

Осталось образовать наружное покрытие. Для этого выкроен назо-лабиальный лоскут основанием к наружному краю дефекта. Лоскут повернут вокруг ножки и им прикрыта раневая поверхность. Наложены швы из конского волоса. Угол рта подвешен на месте встречи назо-лабиального лоскута и вторичного дефекта на месте его взятия. Точку эту мы выбрали потому, что опасались нового опускания угла рта, а этот пункт всегда в последующем поднимается рубцом несколько кверху и подтягивается кнаружи по линии наибольшего натяжения пуговичных швов.

Послеоперационное течение прошло без особых осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

На рис. 264 и 265 результат операции через полгода.



Рис. 262

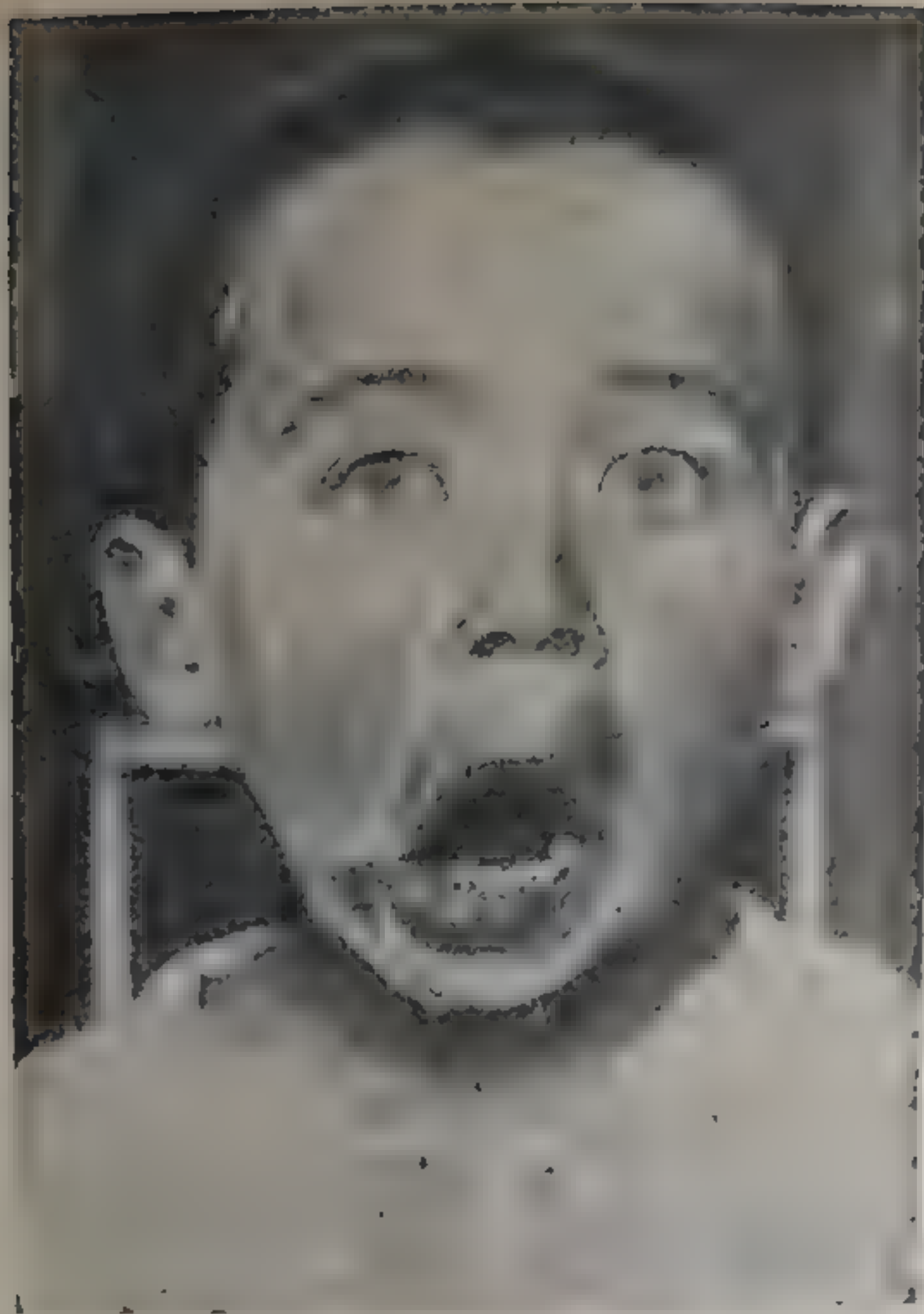


Рис. 263



Рис. 264

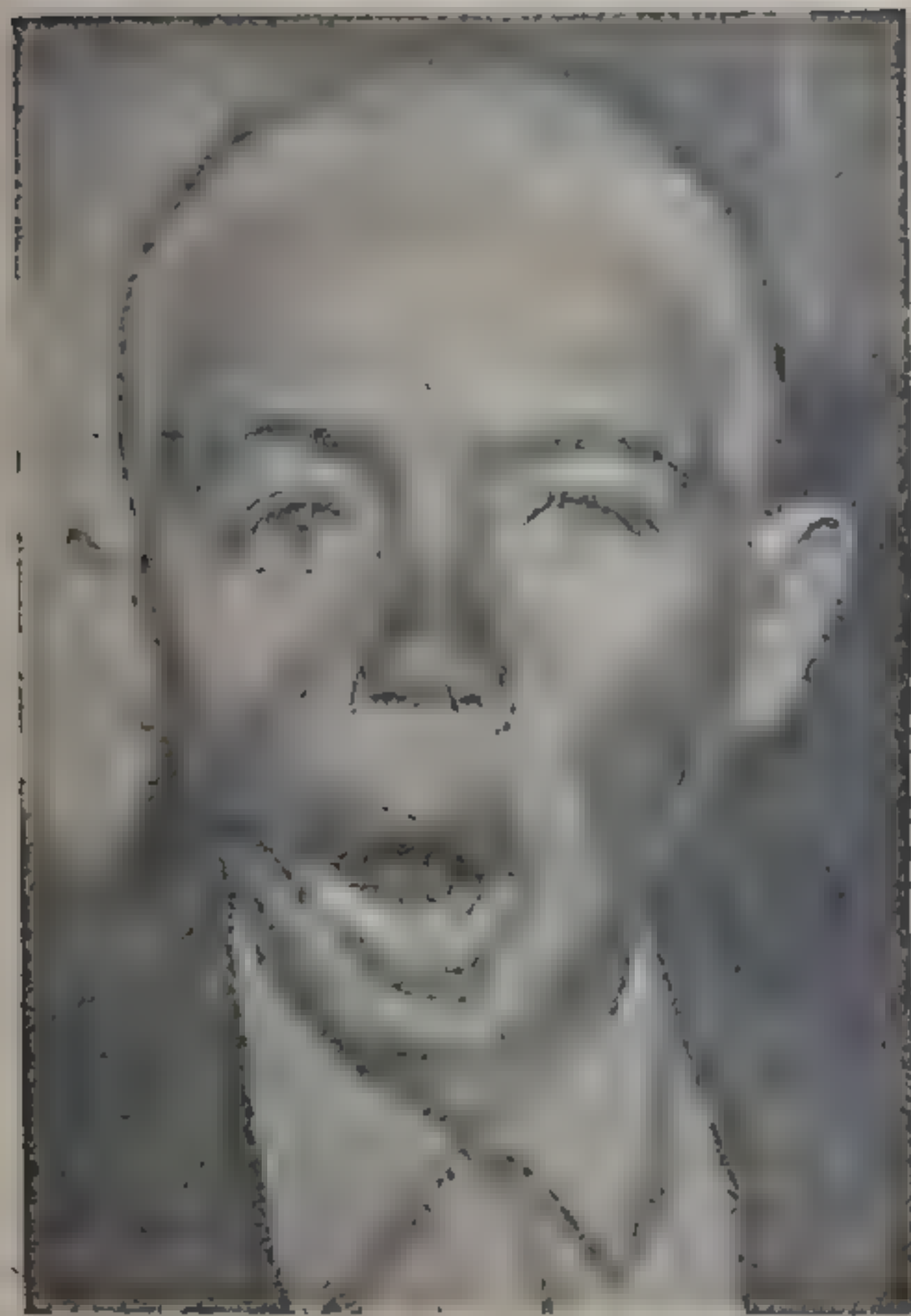


Рис. 265

Назо-лабиальный лоскут еще отечен. Угол рта расположен несколько больше кнаружи, чем ему надлежит быть, и к тому же он «круглый». Родители ребенка отвергли предложение о дальнейшем исправлении.

Случай 51

Больная В., 17 лет. Случайным выстрелом из винтовки на улице ранена в лицо и доставлена в отделение. Пуля вошла слева на щеке, унесла с собой справа часть твердого неба вместе с альвеолярным отростком и зубами правой половины, разорвала правую щеку и правый угол рта. Рана немедленно при-



Рис. 266



Рис. 267



Рис. 268



Рис. 269

ведена в порядок. Остатки слизистой твердого неба сшиты со слизистой переходной складки щеки на месте отсутствующего альвеолярного отростка. Восстановлены кожа щек и угол рта.

Через полгода после полного заживления раны больная поступила вновь для пластической операции.

На рис. 266 и 267 вид больной к этому времени. Массивный рубец заменил правый угол рта, оттянул его кнаружи и припаял к альвеолярному отростку.



Рис. 270

От угла рта рубец расходится в виде лучей, пронизывающих щеку во всю толщу. На твердом небе отверстие диаметром в черешневую косточку.

24 декабря 1929 г. операция. Местная анестезия. Прежде всего иссечен рубец в области угла рта и освобождены обе губы. Далее разрез продолжен по имеющимся рубцовым лучам. Мобилизованы концы верхней и нижней губ и путем заворачивания их внутрь образован угол рта. Для полной мобилизации верхней губы иссечен рубец на слизистой альвеолярного отростка. Для закрытия этой раны выкроен лоскут на слизистой щеки. Рана щеки зашита кетгутом. Затем восстановлена щека соединением лоскутов кожи. Рот замкнут межгубным пуговичным швом. Второй пуговичный шов наложен в направлении наибольшего натяжения: щека—угол рта—середина тела нижней губы.

На рис. 270 больная после операции. Операция улучшила рисунок лица, однако правый угол рта попрежнему оттянут вверх и кнаружи. Поэтому принято вторичное исправление.

24 февраля 1930 г. операция. Местная анестезия. Угол рта и предлежащая часть верхней губы по верхнему краю красной каймы очерчены разрезом, мобилизованы и установлены в нормальное положение. Затем на подбородке выкроен восходящий лоскут основанием у нижнего края раневой поверхности. Этим лоскутом прикрыта рана на теле верхней губы. Рана на месте выкроенного лоскута закрыта натяжением краев.

Первичное заживление. Угол рта имеет нормальный уровень, но он расположен медиальнее своего нормального положения.

22 апреля 1930 г. правый угол рта рассечен в горизонтальном направлении до высоты зрачка.

Образовавшаяся раневая поверхность окаймлена слизистой. Рисунок и положение угла рта приближаются к норме.

Остается закрыть дефект на твердом небе. От этой операции больная категорически отказывается несмотря на некоторую гнусавость речи.

Доктор Б. Г. Крейн изготовил нашей больной протез для верхней челюсти, который великолепно закрыл отверстие в небе и восполнил недостающие зубы правой половины. Гнусавость речи исчезла.

На рис. 268 и 269 окончательный результат.



Рис. 271



Рис. 272

Больной Б. М., 16 лет, школьник. Перенес в раннем детстве какое-то острое язвенное заболевание (ноту?) в области правого угла рта, после которого остались сквозной обширный рубец и рубцовая неподвижность нижней челюсти. Питается больной почти исключительно жидкой пищей.

На рис. 271 вид больного при поступлении в отделение. Справа кзади и вниз от угла рта располагается звездчатый рубец, пронизывающий всю толщу щеки. Рубец плотно спаян с костью и неподвижен. Правый угол рта оттянут рубцом вниз и кзади. Движение челюсти ограничено пределами 4—5 мм. Концом ми-



Рис. 273

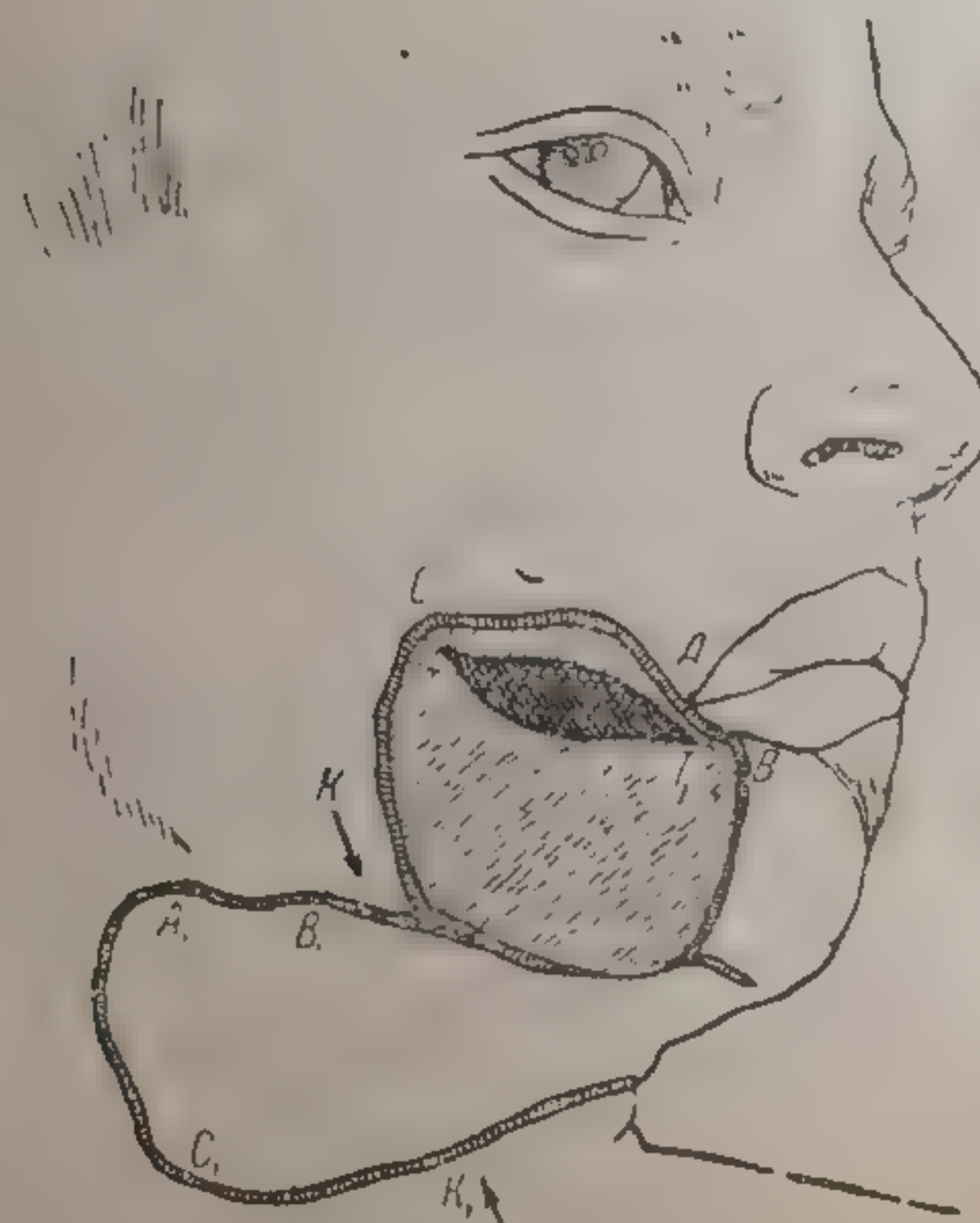


Рис. 274

зипца не удастся пройти между слизистой поверхностью правой щеки и зубами. Плотный, туго натянутый рубец предлежит непосредственно к щечной поверхности зубов. На рентгеновских снимках оба челюстные сустава нормальны — ограничение подвижности нижней челюсти целиком обязано рубцу.

Восстановить подвижность нижней челюсти, уничтожить рубец — основной пункт, вокруг которого строился план операции.

Для этого необходимо было заменить сквозной рубец щеки нормальными тканями. Эссеровская вкладка в этом случае блестяще доказала целесообразность ее применения.

20 июня 1927 г. операция. Общий хлороформный наркоз при помощи катетера, введенного в трахею. Рубец в области угла рта очерчен в пределах нормальной кожи и удален (рис. 274). При этом вскрыта полость рта на протяжении $T-T_1$ (на рис. 274 густо заштрихованный участок). Частью через ротовое отверстие, частью через дефект в слизистой щеки удалось иссечь значительную часть рубца на внутренней поверхности последней. Благодаря этому нижняя челюсть получила нормальную подвижность. Для закрытия дефекта слизистой приготовлена вкладка Эссера. С раневой поверхности слизистой щеки сделан оттиск из стенса. Стенс обернут большим тиршевским трансплантатом раневой поверхностью наружу. Трансплантат фиксирован к стенсу кетгутовыми нитями.

Попытка фиксировать в полости рта вкладку на специальном, заранее изготовленном спленте окончилась неудачей. Сплент не был достаточно хорошо пригнан к зубам. До операции нельзя было получить оттиск.

Тогда мы заполнили стенсом все щечное пространство, благодаря чему он получил достаточную устойчивость. Нижняя и наружная поверхности оттиска покрыты тиршевскими трансплантатами. Оттиск водворен на место. Тиршевские трансплантаты покрыли раневую поверхность и сквозной дефект ($T-T_1$) на слизистой щеки.

Для образования наружного покрытия выкроен лоскут $A_1B_1C_1$ основанием у средней линии (рис. 274). Лоскут повернут вокруг ножки и им закрыта наружная операционная рана. Раневая поверхность на месте взятого лоскута закрыта стягиванием краев раны матрасными швами (рис. 275).

Рис. 274 и 275 иллюстрируют ход операции. Рот замкнут пуговичными швами на 10 дней.

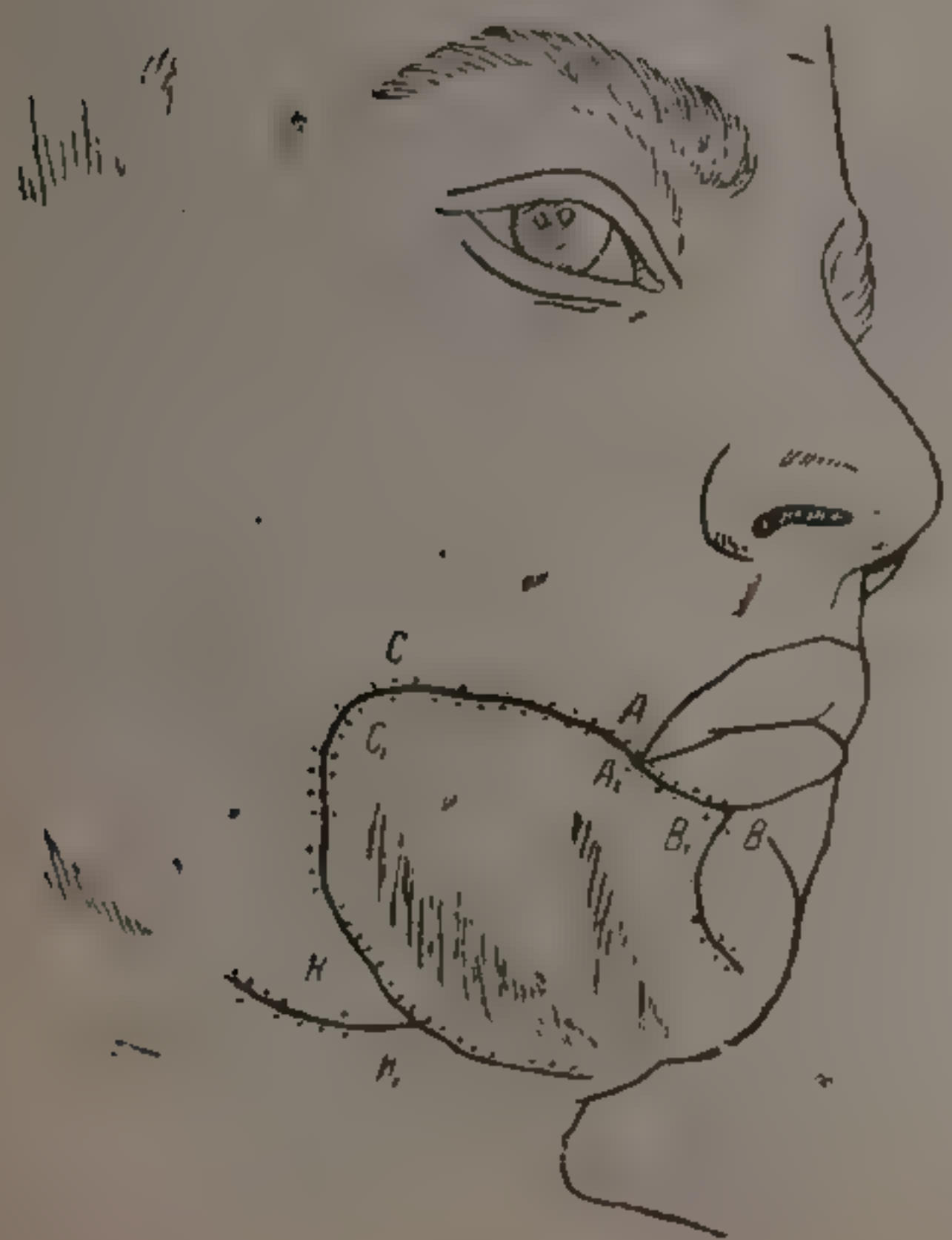


Рис. 275



Рис. 276

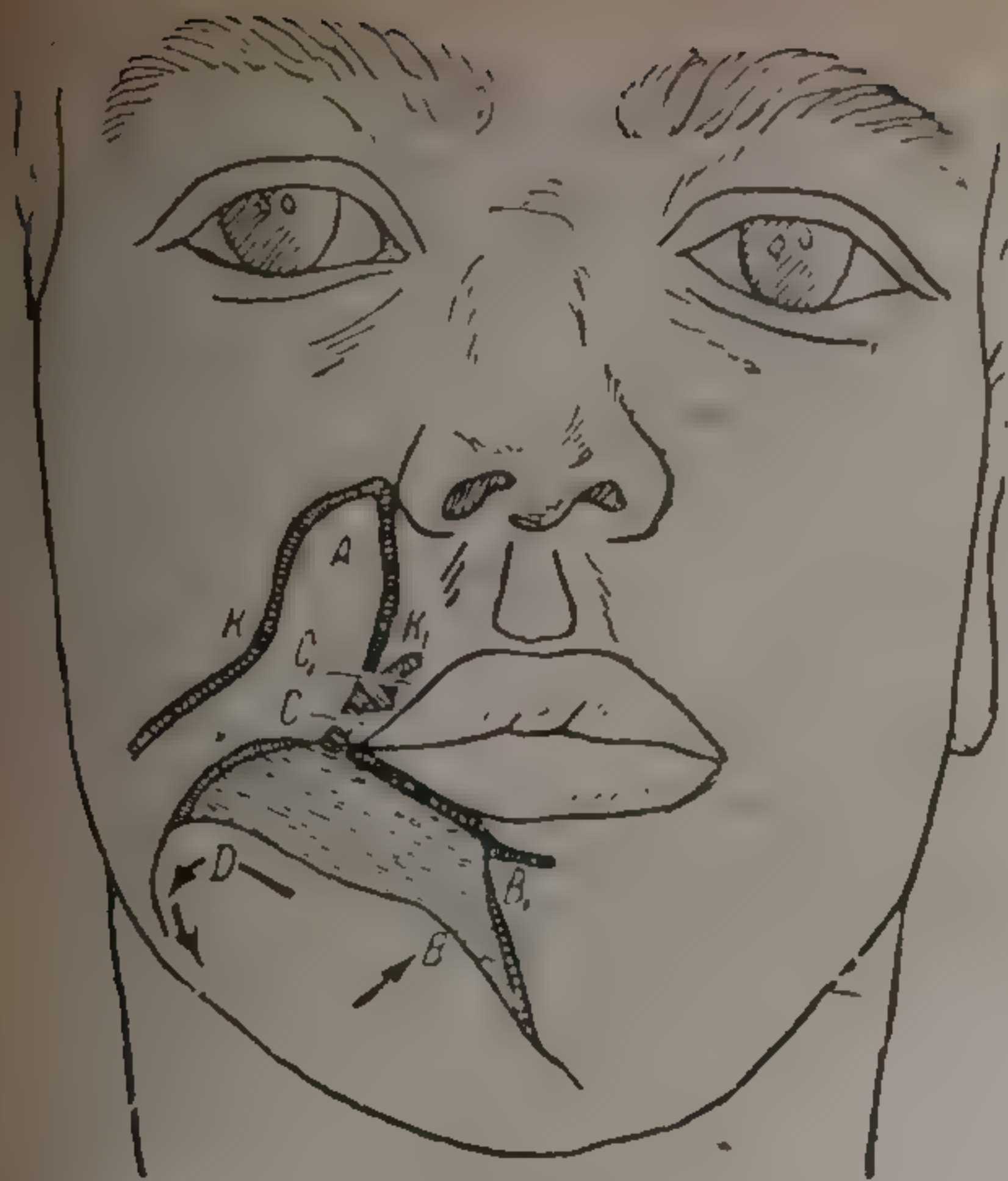


Рис. 277

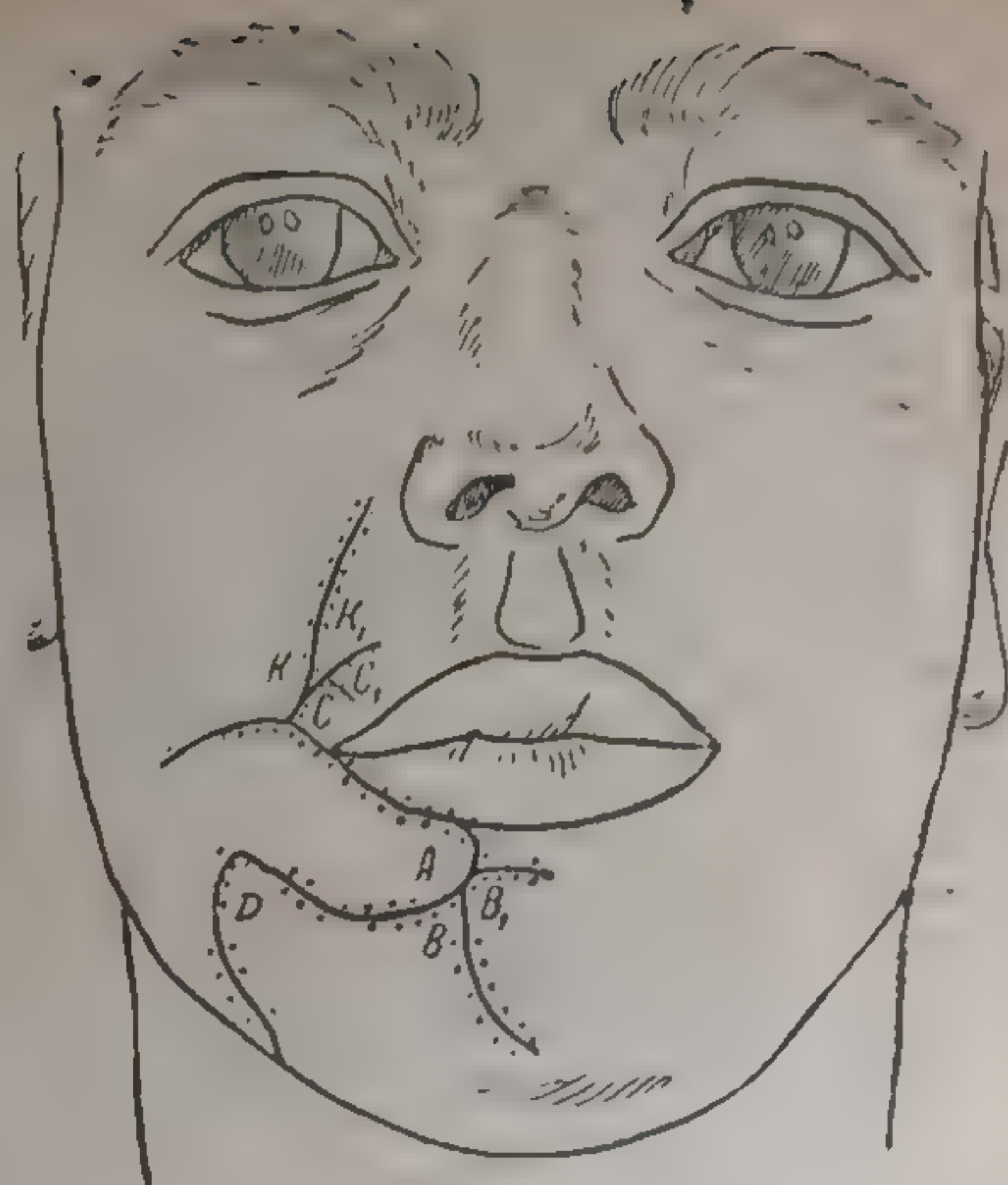


Рис. 278

Гладкое послеоперационное течение.

26 июня 1927 г. сняты швы. *Prima intentio*. 30 июня удален пуговичный шов. Извлечена вкладка Эссера.

Функциональный успех прекрасный, косметическая сторона хуже. Угол рта попрежнему оттянут кзади вниз и неподвижен, хотя в меньшей степени, чем до операции (рис. 276).

25 августа 1927 г. больной вновь поступил в отделение для исправления угла рта. Движения нижней челюсти достаточные. Тиршевский трансплантат в полости рта выглядит прекрасно, отличаясь своим белесоватым цветом от остальной слизистой.

27 августа 1927 г. операция. Местная анестезия. Опушенная правая половина нижней губы, а также правый угол рта очерчены разрезом и установлены в нормальное положение. Разрез идет по линии предыдущей операции (рис. 277). Выкроенный опускающийся назо-лабиальный лоскут А (рис. 277) повернут вокруг своего основания и им подставлены мобилизованная половина нижней губы и угол рта. Все зашито наглухо.

Рис. 277 и 278 иллюстрируют ход операции.

5 сентября 1927 г. сняты швы. *Prima intentio*.

На рис. 272, 273 результат операции через полгода.

Случай 53

Больной Щ., крестьянский мальчик, 12 лет, из Муганской степи. Перенес в раннем детстве повидимому остеомелит нижней челюсти или ному, а может быть одно как следствие другого. В результате у больного обширное разрушение преимущественно мягких тканей левой половины лица.

На рис. 279 и 280 вид больного при поступлении в отделение. Левый угол рта оттянут далеко кнаружи, вниз и припаян к нижней челюсти. По ходу левой половины нижней челюсти, начиная от подбородка и вплоть до скуловой кости, идет обширный, плотный, местами спаянный с нижней челюстью рубец. Основная масса рубца располагается по ходу горизонтальной рамы нижней челюсти. Несколько кнаружи от левого угла рта в щеке имеется сквозное отверстие, диаметром около 5—6 мм, через которое наружу течет слюна (рис. 280). Немного выше, на рубце, на уровне нижнего края ушной раковины находится отвер-



Рис. 279



Рис. 280



Рис. 281

стие слюнного свища околоушной железы¹. Левая горизонтальная рама нижней челюсти значительно меньших размеров. Слева остались лишь 3—5 кариозные зубы. Движения нижней челюсти свободны. Произведена предварительная санация полости рта и удалены кариозные зубы.

3 апреля 1928 г. операция. Общий смешанный наркоз (эфир-хлороформ) аппаратом Рот-Дрегера при помощи катетера, введенного в трахею. Главный массив рубца очерчен разрезом и удален так, как это показано на рис. 282. После удаления рубца оказалось обнаженной до надкостницы горизонталь-

¹ На рисунке отмечен крестиком.

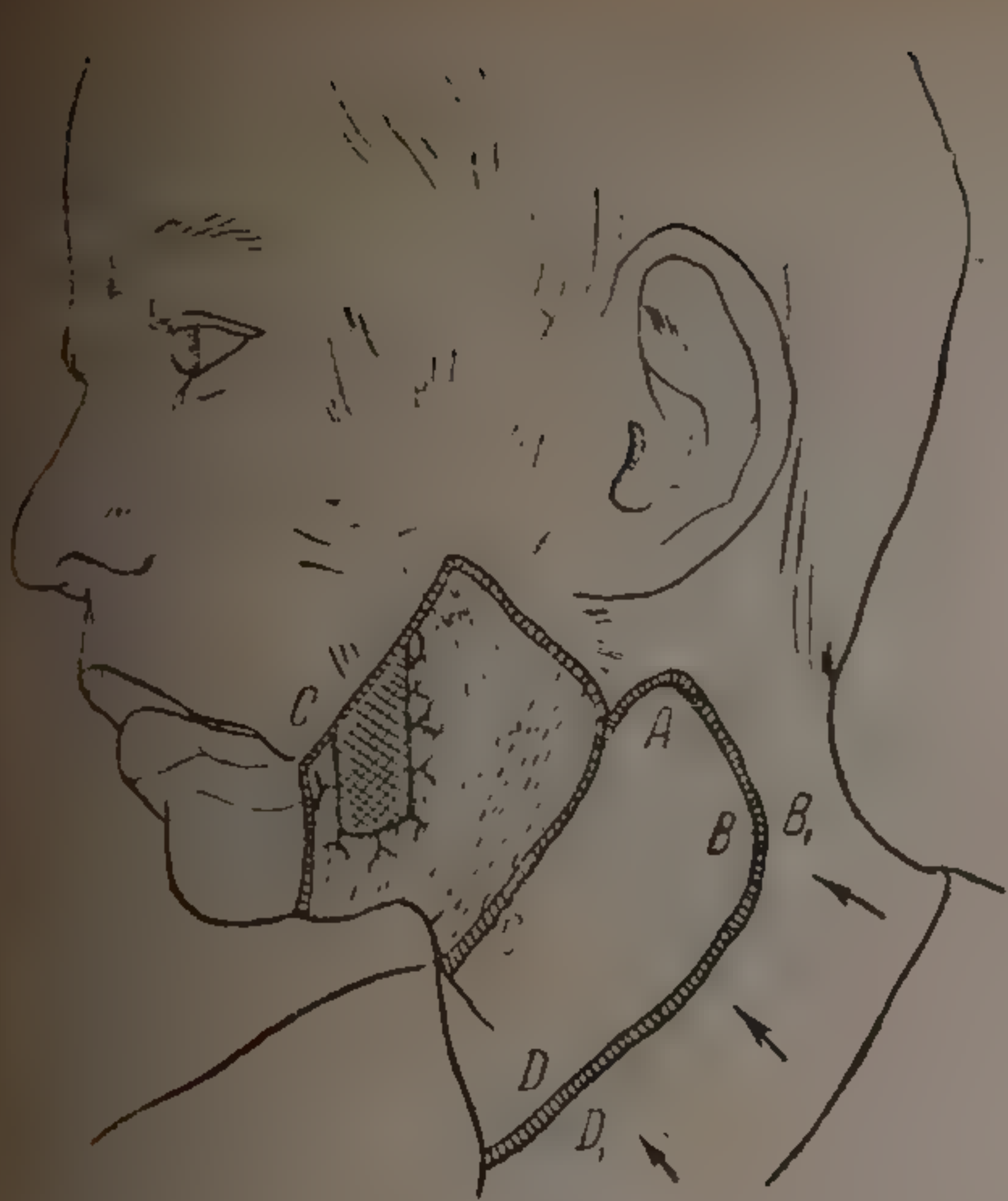


Рис. 282



Рис. 283

ная ветвь нижней челюсти. Свищевое отверстие в щеке, ведущее в полость рта, превратилось в дефект слизистой размером примерно $1 \times 1,5$ см. Для закрытия сквозного дефекта на слизистой щеки образован лоскут сзади и рядом с отверстием. Лоскут на ножке пришит кетгутом к краям дефекта. На рис. 282 лоскут слизистой изображен в виде густо заштрихованного участка.

Для наружного покрытия кожи рядом и несколько ниже на шее выкроен большой кожный лоскут $ABDC$ (рис. 282) с основанием у средней линии. Лоскутом $ABDC$ закрыта вся раневая поверхность. Новая раневая поверхность на месте взятого лоскута $ABDC$ закрыта стягиванием матрасными швами кожи шеи с лоскутом $ABDC$.

Рис. 282 и 283 иллюстрируют ход операции.

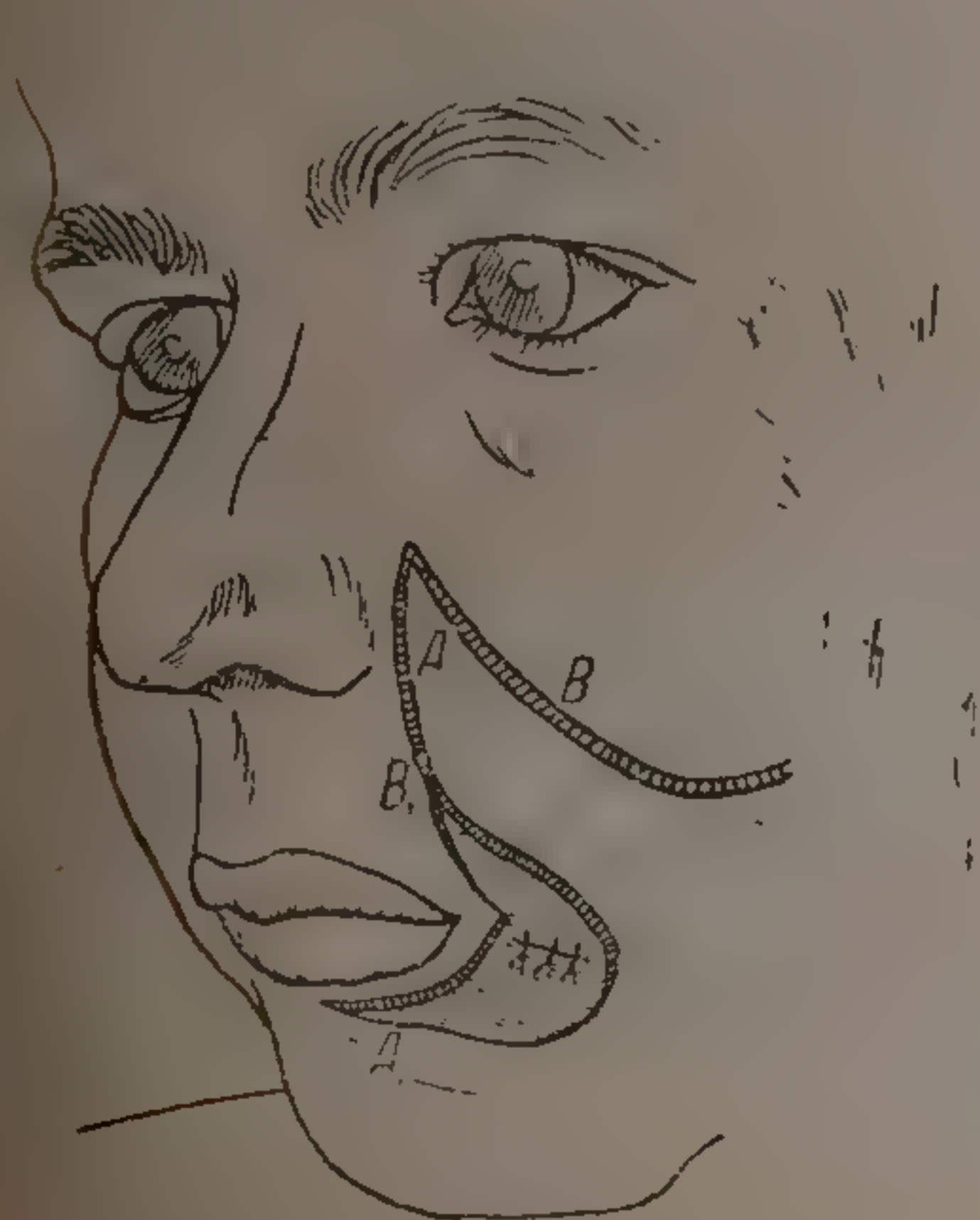


Рис. 284



Рис. 285

В самый нижний угол операционного поля вставлен стеклянный дренаж, удаленный на четвертый день.

Послеоперационное течение прошло гладко. 8 апреля сняты швы. *Prima intentio*.

В результате операции: 1) сквозное отверстие в щеке, выделявшее непроизвольно наружу слюну, уничтожено; 2) рубцовая ткань горизонтальной рамы нижней челюсти заменена нормальной кожей, что в значительной степени исправило асимметрию этой части лица.

Левый угол рта и слюнной свищ околоушной железы остались нетронутыми, составляя предмет второй половины операции.

28 апреля 1928 г. свищ околоушной железы закрыт под местной анестезией по Сапожкову. Успех операции полный.

11 мая 1928 г. операция. Местная анестезия. Левый угол рта очерчен разрезом и установлен в нормальное положение (рис. 284). При этом вскрыта полость рта. Рана слизистой зашита немедленно кетгугом. Затем выкроен опускающийся назо-лабиальный лоскут А и им подставлены мобилизованная половина губы и угол рта.

Рис. 284 и 285 иллюстрируют ход операции.

Послеоперационное течение прошло гладко. Все зажило первичным натяжением.

На рис. 281 вид больного на 7-й день после операции, сейчас же после снятия швов. Струп еще не успел отойти. В тот же день больной выписан.

К сожалению мы не имеем более поздней фотографии. Отец, приехавший изда- лека за сыном, не имел возможности остаться еще несколько дней в Баку. На ран- ней фотографии видно, насколько операция изменила лицо мальчика к лучшему.

Случай 54

Больная К., 36 лет, крестьянка. После сибирской язвы, перенесенной два ме- сяца назад, оказались разрушенными: левый угол рта, предлежащая часть ниж- ней губы и часть кожи подбородка.

На рис. 286 вид больной при поступлении в отделение. Края дефекта окайм-



Рис. 286



Рис. 287



Рис. 288

лены довольно плотным рубцом. Кожа имеет склонность вворачиваться внутрь вследствие рубцевания слизистой. Раскрывание рта ограничено. Через дефект наружу непроизвольно течет слюна.

17 июня 1926 г. операция. Местная анестезия. Иссечен рубец на внутренней поверхности щеки и вдоль кожного дефекта. На рис. 289 образовавшаяся рана слизистой заштрихована косыми линиями. Выше этого участка выкроен прямоугольный лоскут слизистой A основанием в глубине щеки. Остатки слизистой, покрывающей альвеолярный отросток, отсепарованы навстречу лоскута A в виде опрокидывающегося лоскута A_1 и завернуты в виде жолоба кверху, имея основание у корня зубов. Лоскуты A и A_1 сшиты кетгутом. На рис. 290 положение лоскутов A и A_1 показано пунктиром. Область удаленного рубца оказалась покрытой нормальной слизистой и образован *sulcus labialis*.

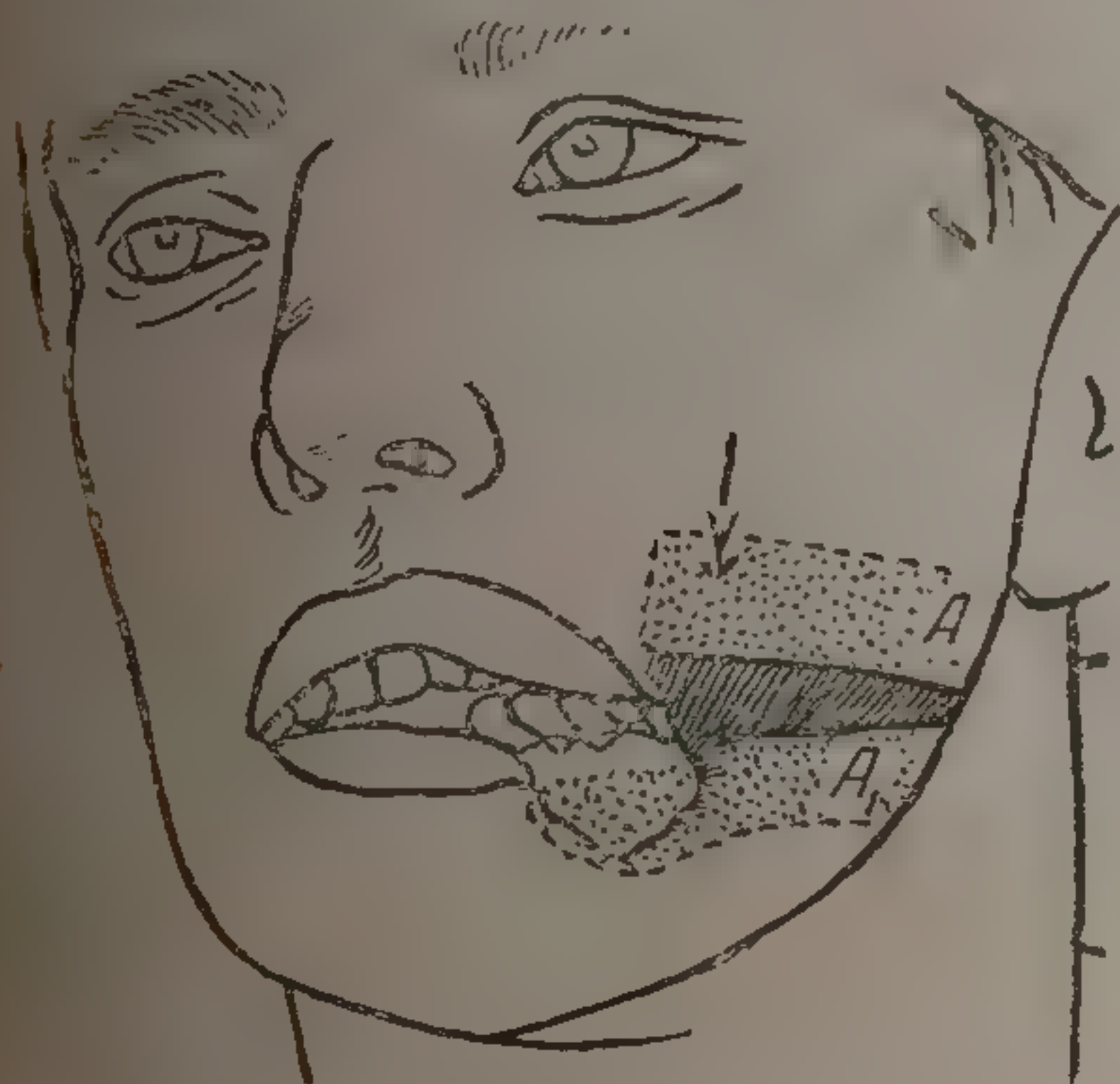


Рис. 289

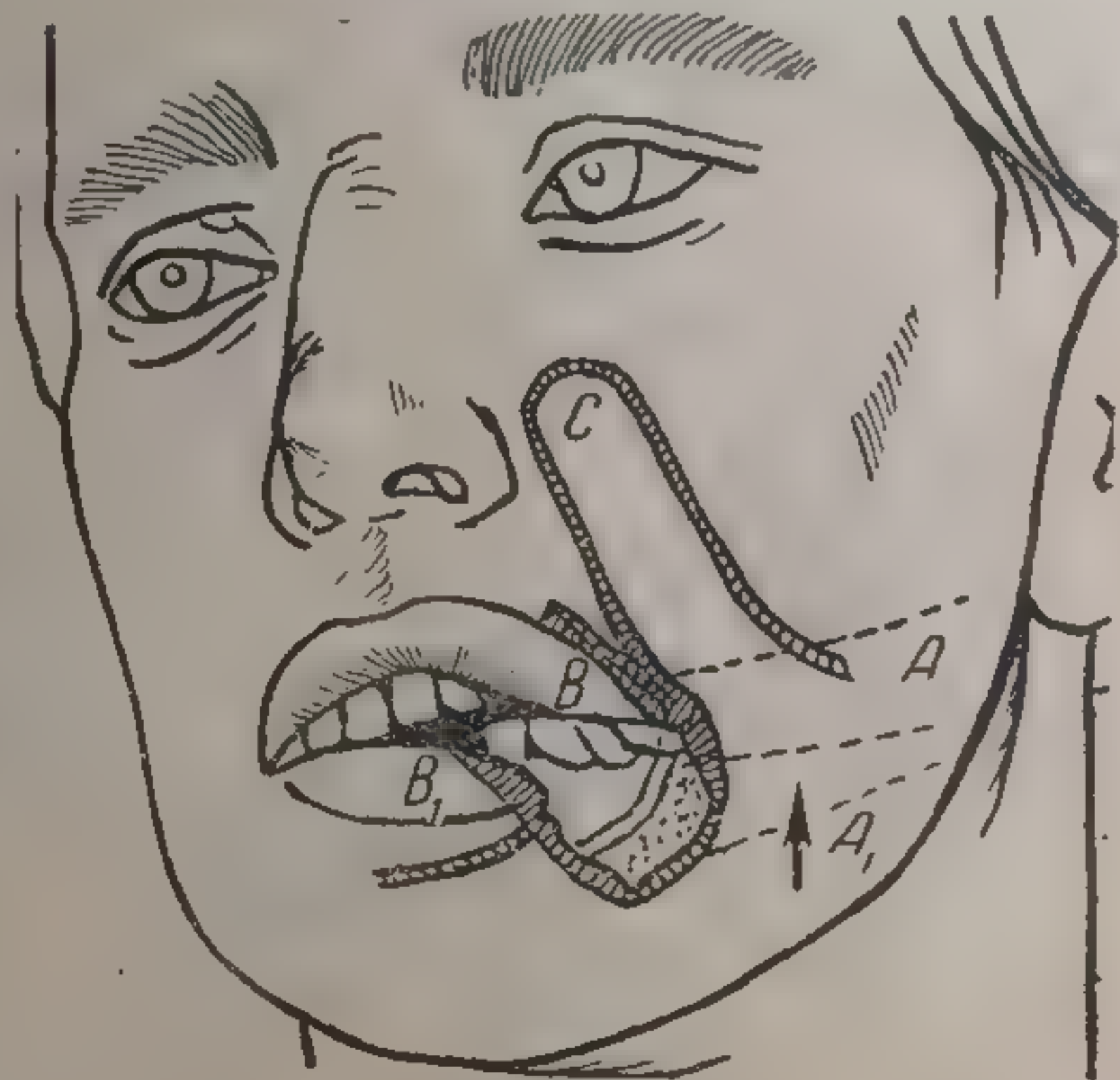


Рис. 290

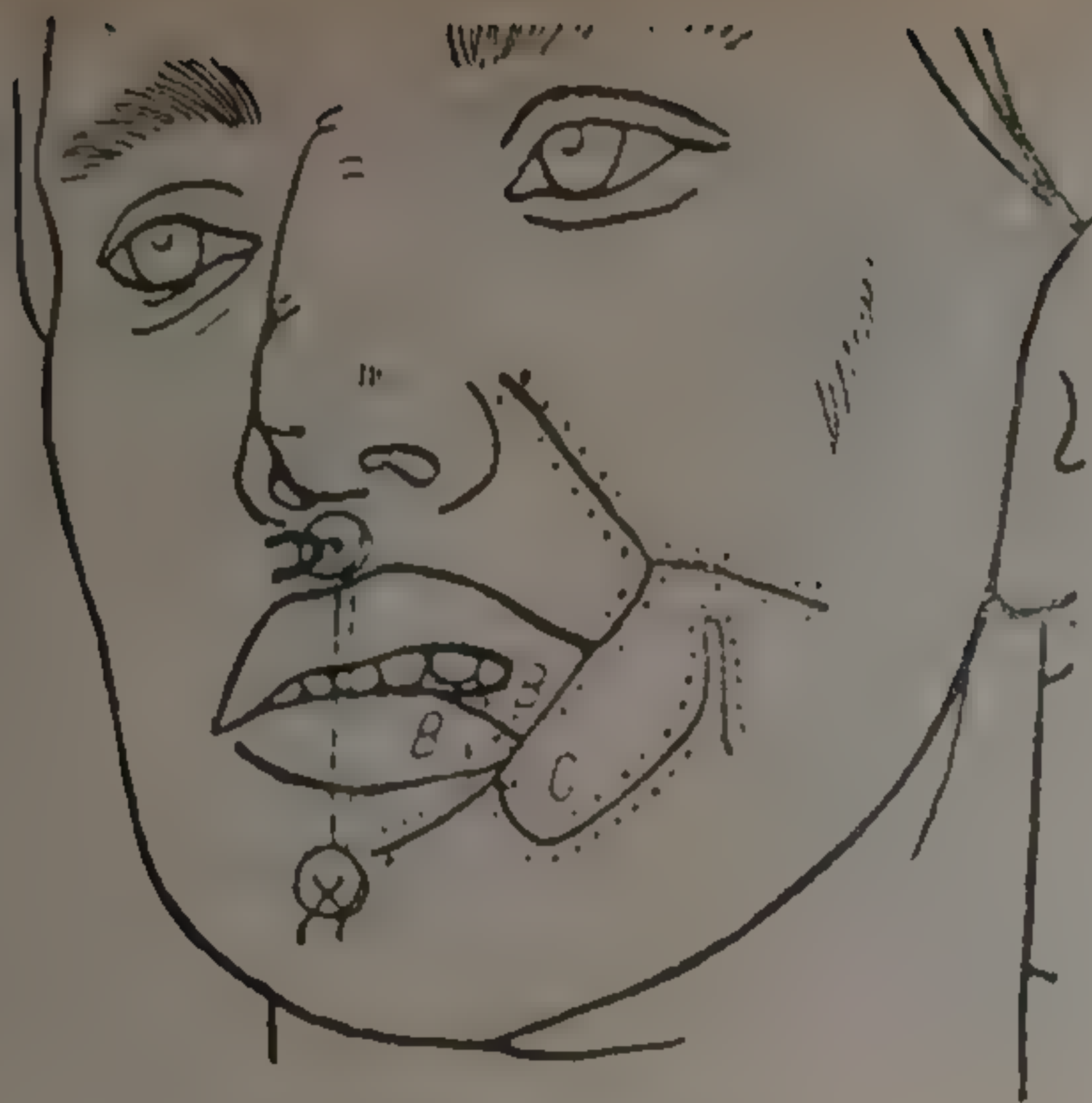


Рис. 291

Оставалось образовать: 1) разрушенную часть красной каймы вместе с углом рта и 2) наружное покрытие тела губы.

Часть верхней губы *B* (рис. 290), соседняя с дефектом, мобилизована добавочным разрезом и завернута навстречу мобилизованной и освеженной нижней губе *B₁*. Соответствующие точки сшиты послойно кетгутом и конским волосом. Угол рта и ротовое отверстие повсюду окаймлены красной каймой. Затем выкроен опускающийся назо-лабиальный лоскут *C*, при помощи которого закрыт весь дефект. Натяжение лоскута *C* поддерживает новый угол рта в желаемом положении (рис. 291). Все зашито наглухо. Рот замкнут на 10 дней пуговичным швом.

22 июня 1926 г. сняты швы. *Prima intentio*.

Вид больной при выписке 30 июня 1926 г. (рис. 287, 288). Хороший функциональный и косметический результат. Лоскут *C* еще отечен, еще имеются гранулирующие точки.

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Разрушения нижней челюсти составляли во время мировой войны среди поврежденных лица значительный процент и это обстоятельство послужило причиной особенного развития восстановительной хирургии.

В условиях мирного времени разрушения нижней челюсти огнестрельными ранениями относительно редки; чаще приходится иметь дело с неправильно сросшимися переломами, ложными суставами и дефектами после остеомиелитов и удаления целых отрезков нижней челюсти по поводу опухолей.

Опыт войны показал, что единственным и наилучшим материалом для восстановления дефектов нижней челюсти является свободный костный аутотрансплантат, взятый из ребра, гребешка подвздошной кости или большеберцовой кости. Свободные костные трансплантаты на нижней челюсти так же хорошо вживаются, как и на конечностях. Это важное качество повидимому следует приписать большим регенеративным способностям периоста нижней челюсти, богатству кровоснабжения лица, а также той функциональной нагрузке, которую трансплантаты получают при жевании. По тем же причинам при огромных оскольчатых раздроблениях нижней челюсти огнестрельного характера множество мелких осколков, сохранивших связь с периостом, быстро срастается между собой и образует плотную кость, а псевдоартрозы с небольшим костным дефектом быстро срастаются при удалении рубцовой спайки.

Это надо помнить и поэтому не очень спешить в свежих случаях с удалением осколков, а при наличии последующего остеомиелита избегать широкой трепанации, ограничиваясь удалением заведомых секвестров.

При лечении дефектов нижней челюсти хирургу необходима помощь зубного врача-протезиста.

При псевдоартрозах необходимо изготовить шины, которые фиксируют фрагменты после операции. При разрушении подбородочной части нужно одеть на остатки горизонтальных фрагментов каппы с косыми плоскостями, а между фрагментами устроить дугу или каучуковую шину, которая оформляет дно рта над недостающей частью челюсти.

При отсутствии одной половины нижней челюсти косая плоскость на другую сторону предупреждает смещение оставшейся части челюсти и сохраняет нормальный прикус, что в последующем облегчает восстановление недостающей части.

Мы совершенно оставили употребление так называемых Immediat-протезов, этих временных каучуковых шин после резекции нижней челюсти. Пролежни на слизистой после них и остеомиелиты на месте соединения с остатками челюсти приносят больше вреда, чем пользы.

После костной трансплантации челюсть фиксируется при помощи межчелюстной тяги резиновых колечек за крючки на проволочных шинах Зауера, Шредера и др., или же при помощи той же резиновой тяги за крючки на металлических каппах, цементированных на верхней и нижней челюсти.

Никогда для фиксации трансплантата с остатком челюсти мы не пользуемся инородными телами, например проволокой.

По миновании надобности после удаления межкостных, фиксирующих или изготавливается постоянный ауоный протез.

При восстановлении дефектов нижней челюсти мы следуем указанным Лексера, Зудека (Sudeck), Джильса и др.

К трансплантации мы приступаем при огнестрельных ранениях не ранено, чем через 5 - 6 месяцев после полного заживления раны, а после удаления опухолей при отсутствии клинических и рентгенологических признаков рецидива или метастазов опухоли.

Сама операция восстановления идет следующим образом: анестезия — всегда местная плюс проводниковая — третьей ветви тройничного нерва (мандибулярная анестезия). Костные трансплантаты следует оберегать от соприкосновения с анестезирующим веществом. Обнажение дефекта производится разрезом по линии свободного края нижней челюсти, несколько отступив от него каудаль для того, чтобы после операционный рубец сделать менее заметным; разрез углубляется среди рубца и мягких тканей. Отыскиваются концы фрагментов и освобождаются от рубцов, обнажая здоровую кость с надкостницей. Обнажение кости, подготовку ложа для трансплантата следует производить с большой осторожностью, дабы нигде не была вскрыта полость рта. Если это случается, зашивают отверстие, вводят тонкий дренаж на пару дней, остальную рану зашивают. Через несколько недель после заживления раны операцию повторяют. Для успеха приживления трансплантата и прочного сращения с остатками челюсти очень важна хорошая адаптация концов, а самое главное — наличие живой надкостницы.

Для консолидации ложных суставов на протяжении рамы нижней челюсти отслаивается по наружной поверхности фрагментов надкостница в виде карманов. Трансплантат концами вводится в эти каналы (рис. 292).

Чтобы трансплантат лучше держался в ложе, с обоих концов на нем выштамповываются ступеньки, которые расставляют фрагменты челюсти.

Когда при псевдоартрозе нет большой потери костного вещества и нарушения нормальной артикуляции, достаточно бывает обнажить наружную поверхность челюсти в области псевдоартроза, надсечь надкостницу и развести ее в виде двух лоскутов.

На обнаженную костную поверхность челюсти укладывают костный трансплантат надкостницей наружу. Середина трансплантата приходится в области

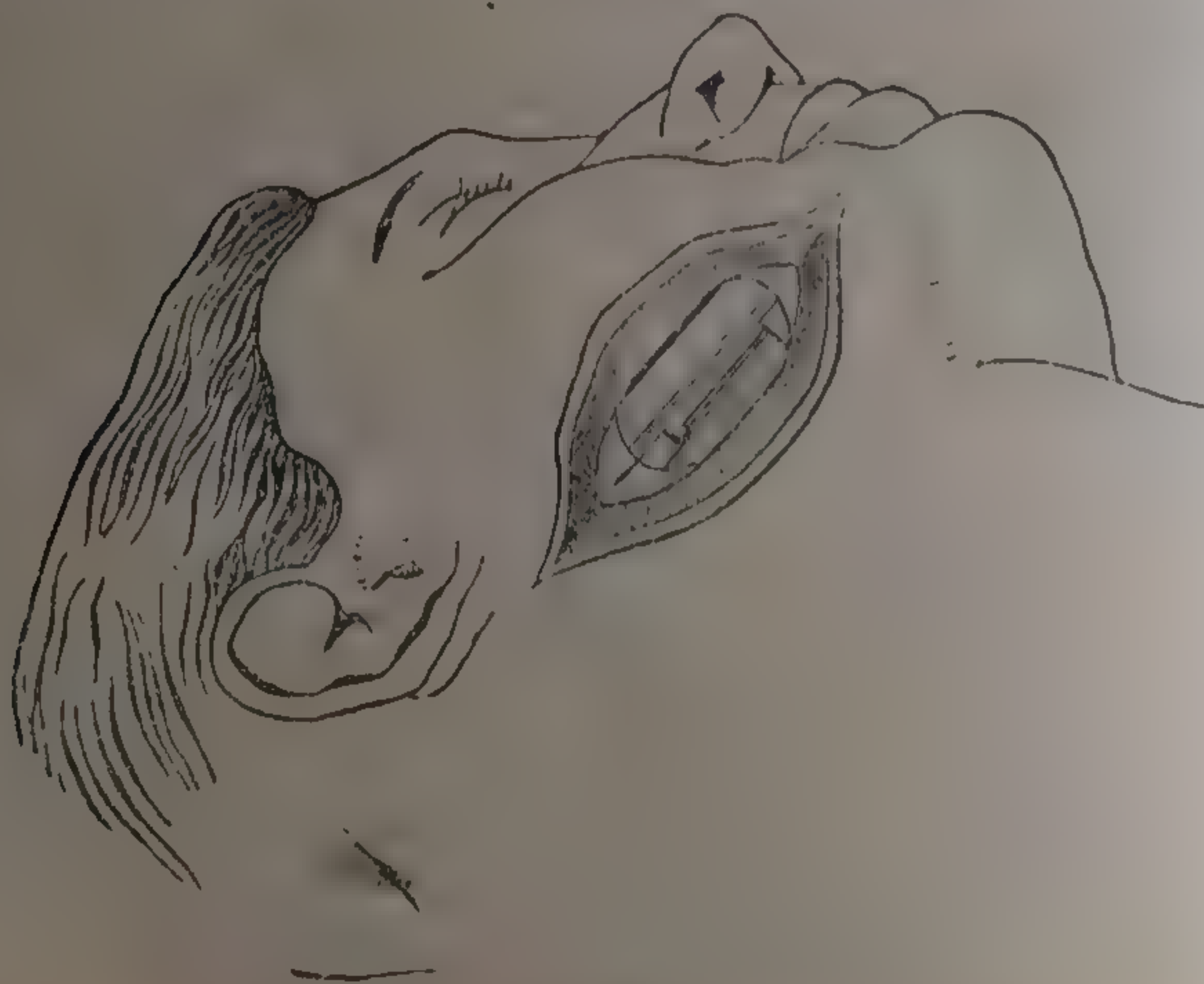


Рис. 292

ложного сустава. Надкостница челюсти и мягкие ткани зашиваются кетгутом над трансплантатом наглухо. Челюсть фиксируется при помощи уже упомянутых резиновых межчелюстных тяг на 5–6 недель. Этой маленькой операцией достаточно, чтобы получить хорошее сращение (см. случай 62).

При фиксации трансплантата следует всячески избегать применения инородных тел — пластинок, проволок, потому что при сверлении отверстия легко попасть в полость рта, а самое главное — проволока своим присутствием дает повод к последующим нагноениям.

Там, где мы подозревали возможность дремлющей инфекции, мы прибегали к двумоментной костной пластике, как это предложил Лимберг: в первый момент под кожу в мягкие ткани вблизи дефекта пересаживается костный трансплантат, который во второй момент вживляется в дефект на мостике из окружающих тканей.

При разрушении угла нижней челюсти и подлежащей части восходящей ветви необходимо иметь трансплантат, похожий по форме на эту часть челюсти.

Подобного рода трансплантат можно выпилить из гребенка подвздошной кости в области передней ости или же произвести надпил обычного трансплантата и надломить его на месте распила. Отломки держатся на сохраненной надкостнице.

Мы предпочитаем в этих случаях пользоваться способом Джильса, который является наиболее простым и давал нам лучшие результаты. Этот же способ мы применяли при отсутствии всей половины нижней челюсти вместе с суставным отростком.

Джилльс предлагает для образования суставного конца, вертикальной рамы, угла и соответствующей части горизонтальной рамы нижней челюсти брать реберный трансплантат из VIII или IX ребра на месте перехода ребра в хрящевую часть.

На рис. 293, 294, 295 Джильсом показаны различные акты этой операции. Рисунки не нуждаются в особых пояснениях.

Маленькое замечание: хрящевая часть трансплантата вырезается во всю

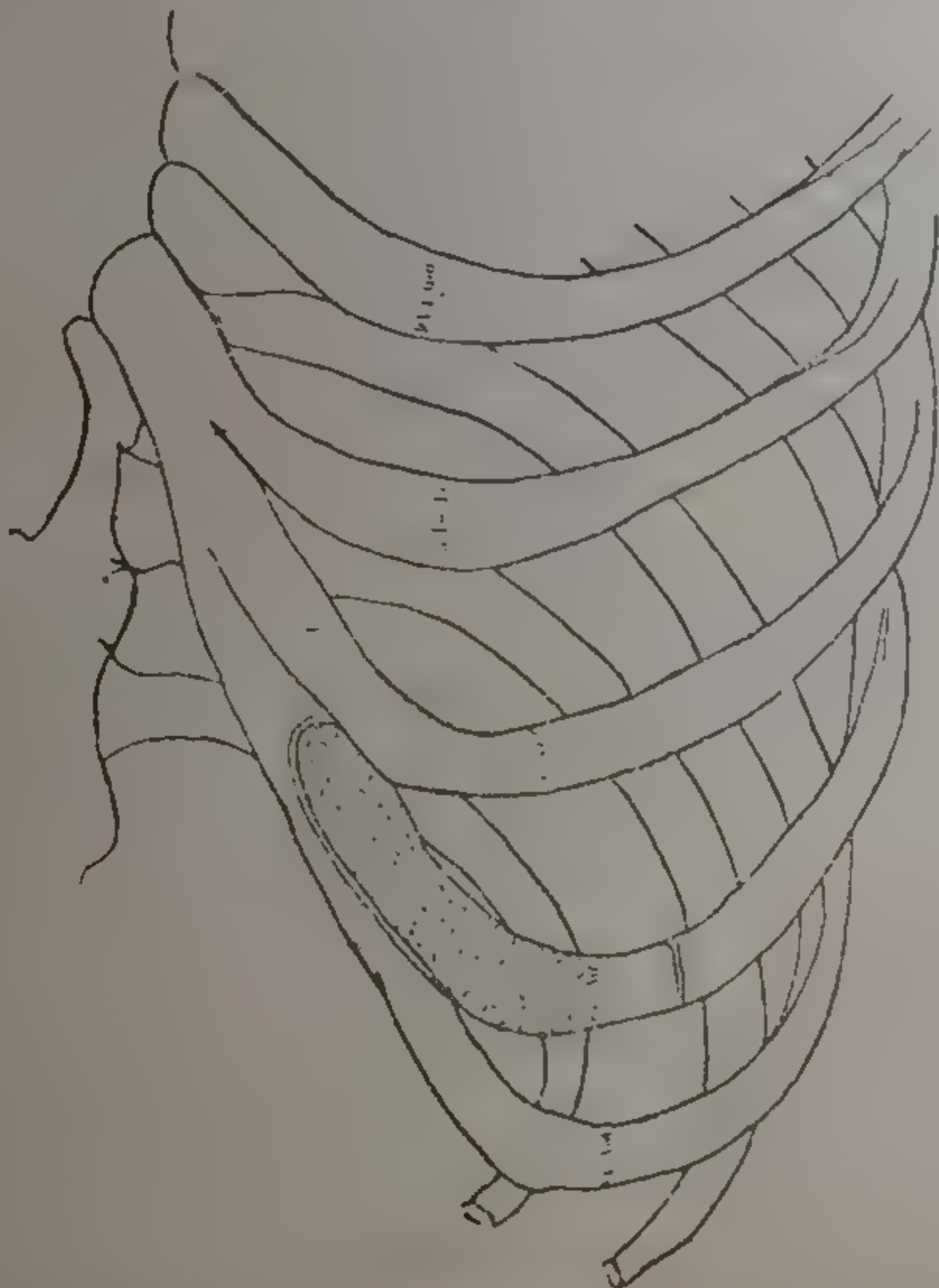


Рис. 293



Рис. 294



Рис. 295

толщю хряща. На костной части сохраняется наружный листок надкостницы.

Для того чтобы надкостница трансплантата пришлась наружу, необходимо для правой половины челюсти брать трансплантат слева и наоборот.

Хрящевой конец трансплантата вводится в суставную поверхность, которая для этого обнажается и освобождается от рубцов.

Костная часть трансплантата сшивается кетгутом с челюстью.

Метод Джилльса легко и просто по сравнению с другими способами разрешает трудную задачу, давая одновременно хороший косметический и функциональный результат.

Во время войны особенно часто встречались огнестрельные разрушения подбородочной части челюсти, а в мирных условиях эти обширные дефекты получаются после удаления злокачественных опухолей.

Эти разрушения сопровождаются обычно большой потерей мягких тканей — губ, кожи подбородка и слизистой дна рта.

Первая забота при этих разрушениях, если они попадают к хирургу в свежем состоянии, — это обеспечить опору языку при помощи металлической дуги, которая пристраивается к временным протезам на остатках челюсти.

Вторая, не менее важная мера — заживить раневую поверхность в возможно короткий срок, создав дно рта из опрокидывающихся лоскутов с шеи, щек и т. д. и наружное покрытие из скальпа по Лексеру.

Для той же цели можно воспользоваться удвоенными лоскутами по Рауэру¹

¹ «На внутренней поверхности плеча выкраивается длинный широкий лоскут основанием к подмышечной впадине. На груди соответственно этому лоскуту при опущенной руке двумя параллельными горизонтальными разрезами ограничивается полоса кожи шириной 8—9 см, соответствующая двум третям длины ручного лоскута; полоса отслаивается от подлежащей мышечной фасции, в этот карман вставляется, как сабля в ножны, ручной лоскут, соединяясь своей обнаженной поверхностью с такой же поверхностью грудного лоскута, к которому он подшивается внизу по краю и сверху укрепляется к углам верхнего горизонтального разреза при достаточном растяжении лоскута. После 2—3 недель лоскуты срастаются, боковые прикрепления грудного лоскута отрезаются, и рука с двойным лоскутом с ножкой на внутренней поверхности плеча переносится к голове» (Рауэр, Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица, 1932).

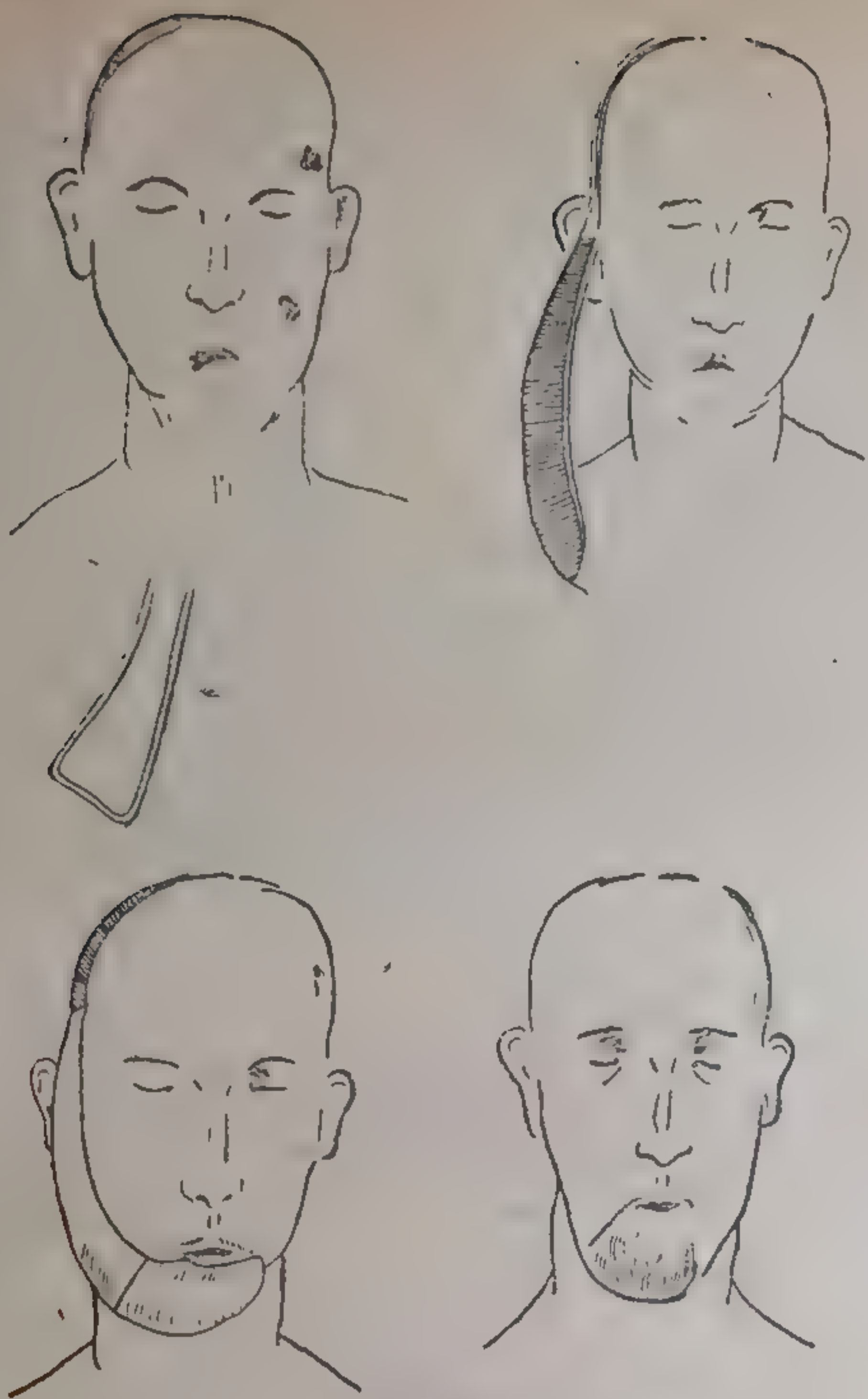


Рис. 296

или по Никериллю (рис. 296), или по Лексеру лоскутом-скальным в виде пистолетной ручки, или наконец по Эренфельду (Ehrenfeld), который предлагает часть скальпа, предназначенную для образования дна рта, покрыть предварительно еще на голове тиршевскими трансплантатами.

Мы также разработали для этих разрушений способ, который заключается коротко в следующем: по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* симметрично с обеих сторон образуются филатовские стебли. Между нижними концами стеблей на груди выкраивается лоскут, идущий на выстилку. Навстречу ему опускается скальп в виде забрала.

Раневые поверхности обоих лоскутов после этого обращаются один к другому, и все это образование приживляется к ране подбородка.

Много различных комбинаций можно придумать для этих разрушений. Важно помнить, что необходимо создать хорошую выстилку, т. е. достаточно глубокое дно рта и надежное покрытие.

Необходимо перед образованием дна рта устроить на остатки челюсти временный протез, средняя часть которого повторит недостающую часть челюсти.

Лоскуты, располагаясь на этой каучуковой форме, повторяют форму лица, и благодаря этому легче удастся в послеоперационном периоде избежать так называемого «птичьего профиля».

После образования мягких частей дна рта последней задачей является костная пластика подбородочной части челюсти.

Методика этой операции, разработанная Лексером, целиком была принята нами.



Рис. 297

Трансплантаты для этой цели могут быть взяты из большеберцовой кости, из ребра или наконец из гребешка подвздошной кости.

Основное—это оформить трансплантат в виде дуги. Для этого он надпиливается так, как показано на рис. 297. Концы трансплантата вводятся в субпериостальные карманы—это понятно без лишних слов из того же рисунка.

КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Контрактуры нижней челюсти, зависящие от рубцов на внутренней поверхности щеки при небольших размерах последнего, хорошо поддаются устранению при помощи вкладки Эссера.

При обширных рубцах способ Алмазовой и аналогичные ему способы дают хорошие результаты (см. случаи 39, 47, 52 и др.).

НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИЕСЯ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Терапия состоит в разрушении мозоли и последующем лечении шинами. Приготавливаются гипсовые оттиски верхней и нижней челюстей. Модель на линии перелома распиливается и восстанавливается нормальная артикуляция. По исправленной модели изготавливаются металлические каппы на всю челюсть, которые после остеотомии цементируются на зубы при исправленном положении челюсти.

Другой, более простой способ заключается в том, что металлическая дуга, снабженная крючками, фиксируется на зубах верхней челюсти при помощи тонкой проволоки.

Для нижней челюсти изготавливаются две дуги соответственно фрагментам челюсти.

После рассечения челюсти по линии сращения резиновые колечки, вырезанные из обыкновенного недатоновского катетера, одеваются на крючки верхней и нижней дуг.

Натяжение этих колечек, приложенное в том или ином направлении, исправляет положение фрагментов и восстанавливает нормальную артикуляцию.

Операция проводится под мандибулярной анестезией.

Приводимые ниже два случая иллюстрируют изложенное.

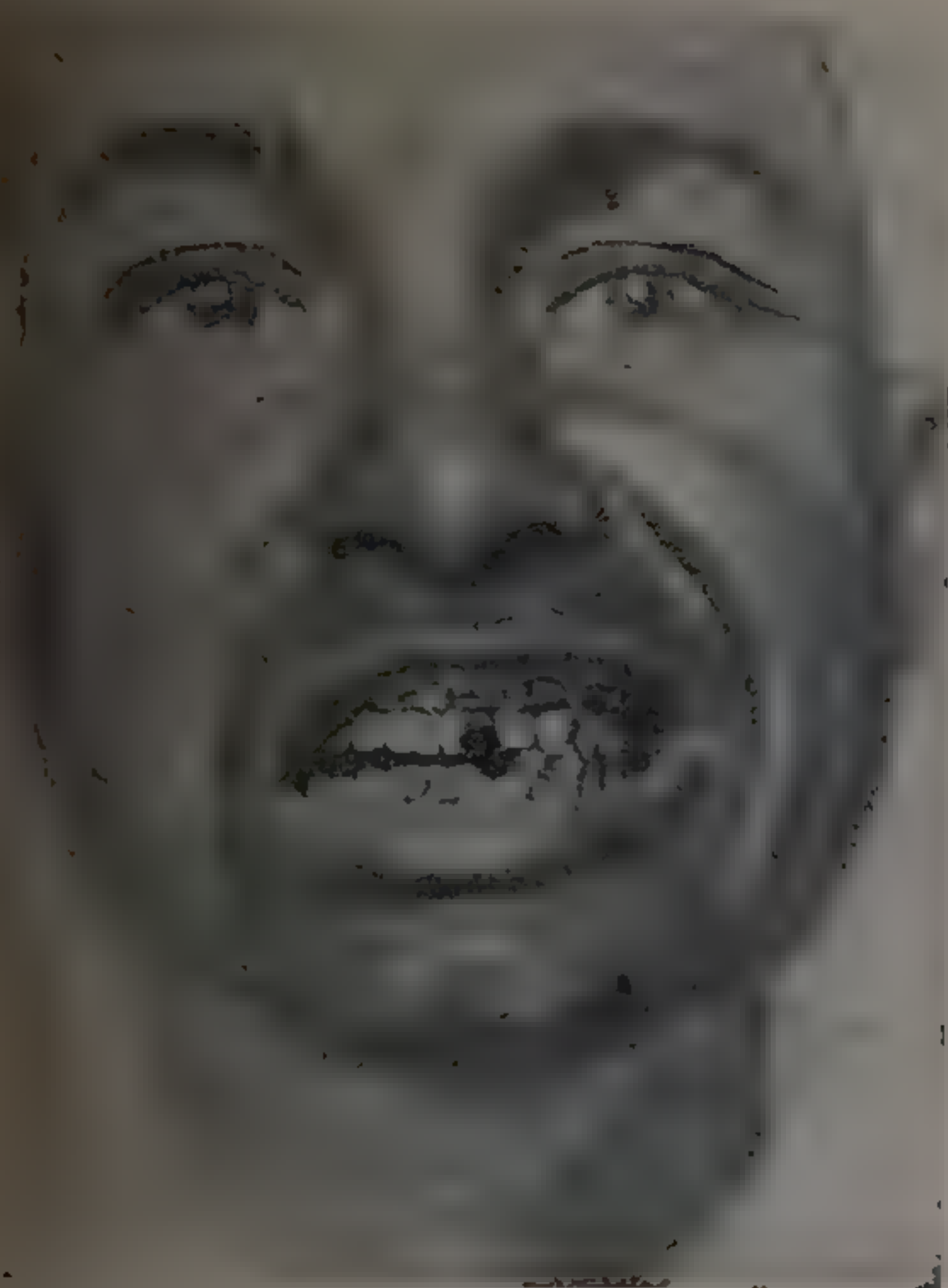


Рис. 298

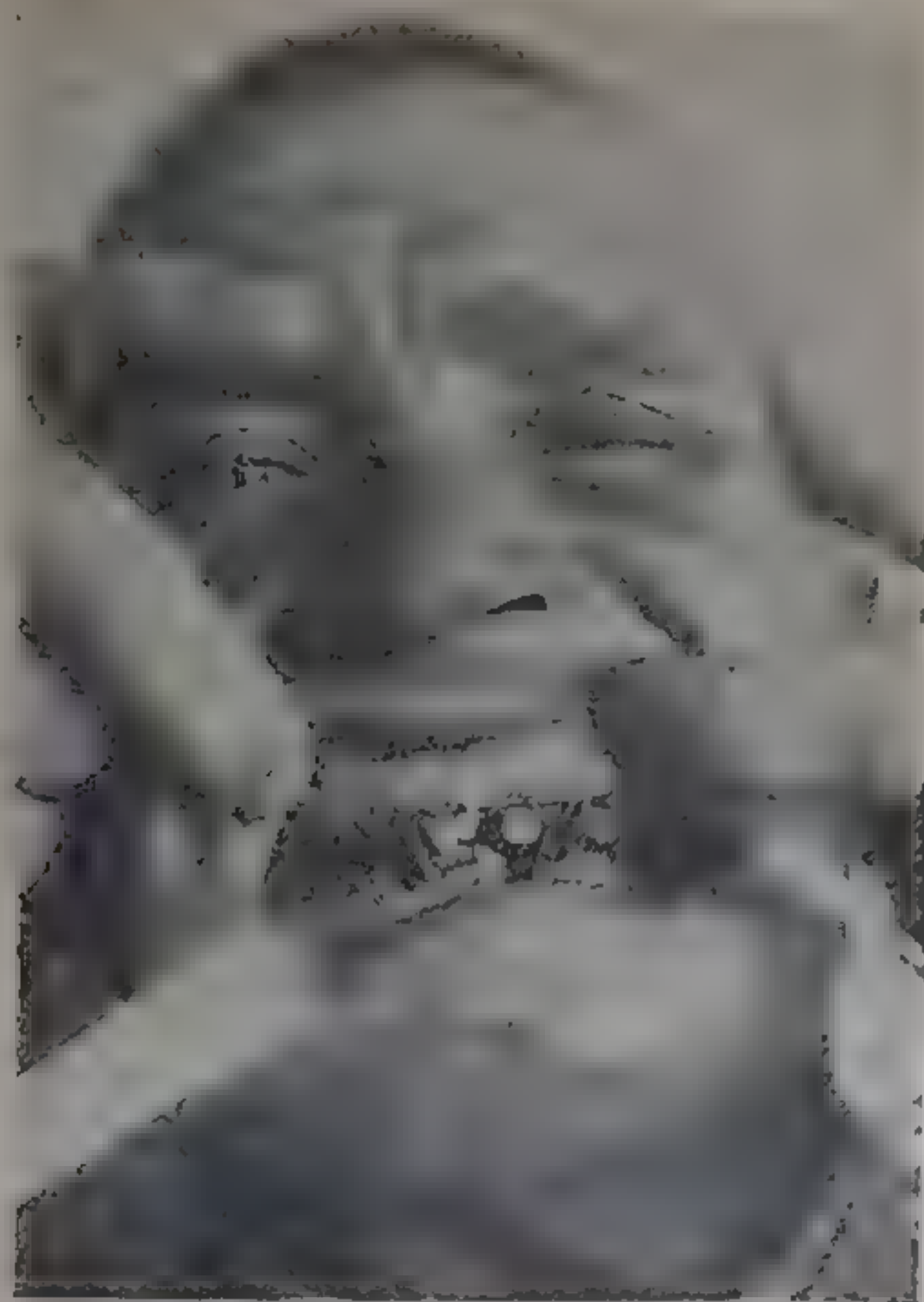


Рис. 299

Больной Г., 36 лет. Буровой мастер нефтяных промыслов. Получил удар по подбородку ручкой тормоза бурового станка. Перелом нижней челюсти. К нам поступил с неправильно сросшимся переломом.

Фрагменты стоят один выше другого на высоту коронки. Линия перелома проходит между $\overline{12}$ и $\overline{13}$ зубами.

При замкнутых челюстях между правым фрагментом и свободным краем верхних зубов остается пространство, равное 5—6 мм.

На рис. 298 вид больного перед операцией. К верхней челюсти уже пристроена шина.

28 мая 1928 г. операция. Левосторонняя мандибулярная анестезия. Долотом рассечена костная мозоль по линии бывшего перелома; фрагменты разведены; к зубам каждого из них прикреплена проволоочная шина с крючками. Наложена межчелюстная резиновая тяга.

На рис. 299 вид больного после операции.

Артикуляция правильная, через месяц шина удалена. Мозоль еще не достаточно прочная. Через месяц полная консолидация.

Случай 56

Больной Х., 26 лет, бурильщик. 5 октября 1925 г. получил удар по подбородку тормозом бурильного станка. Перелом нижней челюсти между $\overline{4}$ и $\overline{5}$. Лечился в одной из городских больниц.

На рис. 300 вид больного при поступлении в отделение.

Правый фрагмент выше левого. Артикулируют только коренные зубы правой половины.

19 октября 1926 г., т. е. через год после перелома, операция. Остеотомия по линии бывшего перелома. При помощи проволоочных дуг, фиксированных на челюстях, устроена межчелюстная тяга.

На рис. 301 вид больного через два месяца. Полное восстановление артикуляции.



Рис. 300



Рис. 301

Для того чтобы восстановить дефект нижней челюсти или уничтожить ложный сустав, часто бывает необходимо подготовить ложе для трансплантата из мягких тканей, иссечь рубцы и приготовить шины.

Приведенные ниже два случая иллюстрируют сказанное.

Случай 57

Больной А., тюрк, 32 лет, крестьянин. 2½ года назад во время полевых работ получил удар копытом лошади по подбородку. Ударом была перебита нижняя челюсть, выбиты три передних зуба вместе с куском кости. Рана долго не заживала, выделялись секвестры. Образовался ложный сустав на месте перелома. Левая половина нижней челюсти ниже правой. Вся нижняя челюсть ушла в глубину. Нарушен прикус.



Рис. 302



Рис. 303



Рис. 304



Рис. 305

На рис. 302 и 303 вид больного при поступлении в отделение.

Для получения нормального прикуса сделаны гипсовые оттиски верхней и нижней челюстей (д-р Марковский); на модели была восстановлена нормальная артикуляция, и по этой модели изготовлена каучуковая шина, середина которой должна была восполнить недостающую часть челюсти (рис. 306).

31 марта 1927 г. операция. Двусторонняя мандибулярная анестезия. Пересечен рубец на подбородке. Губа и нижняя челюсть пересечены поперек, первая по рубцу, вторая по ложному суставу. Концы фрагментов освобождены от рубцов, освежены, вследствие чего получили полную подвижность. Каучуковая шина одета на зубы, чем восстановлена нормальная артикуляция. Освежены края рассеченной губы.

Нормальная форма нижней губы и кожи подбородка восстановлена по схеме на рис. 307 и 308. Добавочными разрезами выкроены лоскуты *D*, *B*, *B₁* и *C*. Края красной каймы освежены черепицей; швами в два этажа восстановлена красная кайма.

Лоскут *B₁* подведен с натяжением под *A₁*. Это создает подпору красной кайме, особенно линии шва между *A* и *A₁*. Лоскуту *D* дано натяжение к основанию *B₁* с целью содействовать тенденции последнего служить подпорой красной кайме (на рис. 307 это показано направлением стрелки). Лоскут *C* уравнивает положение *D* и *B₁*.

5 апреля 1927 г. сняты швы.

Первичное натяжение. Артикуляция нормальна.

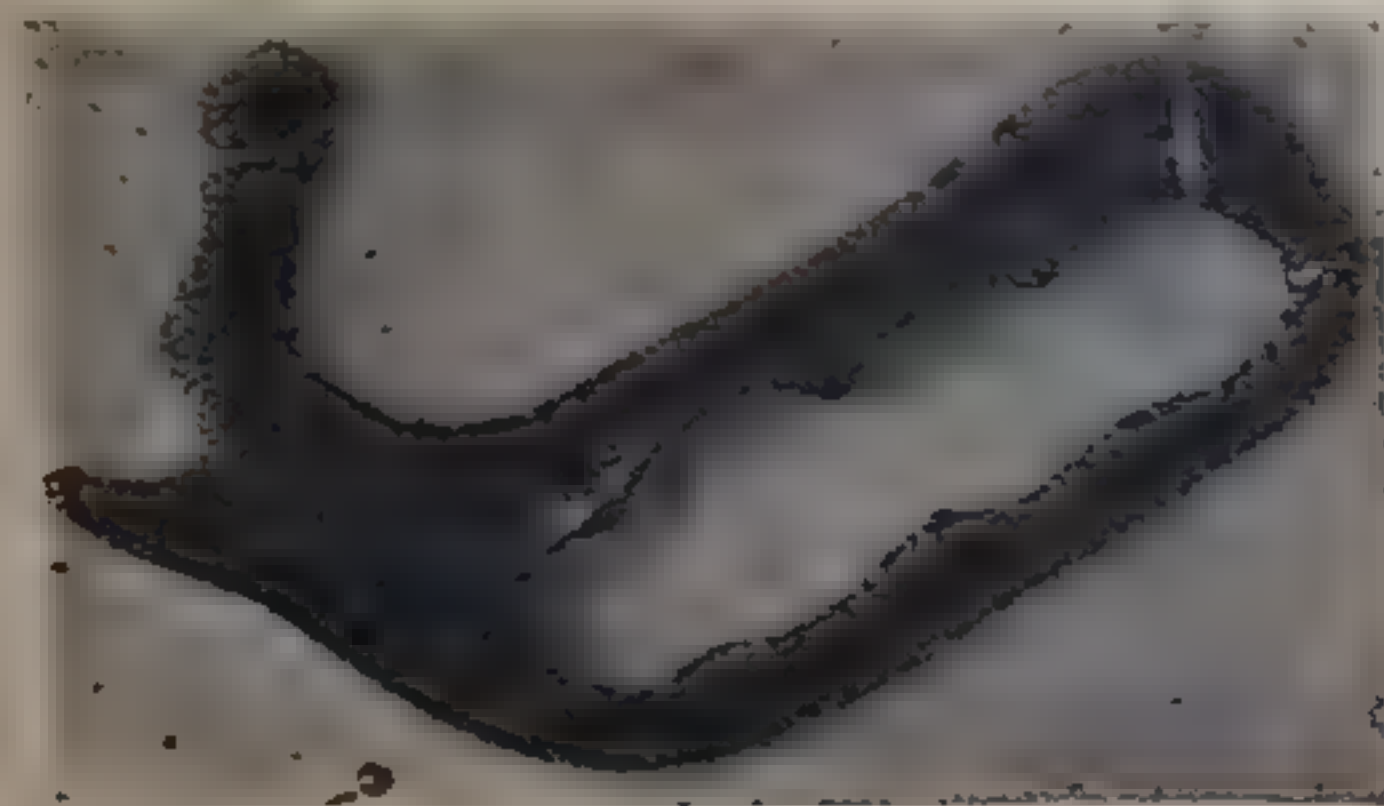


Рис. 306

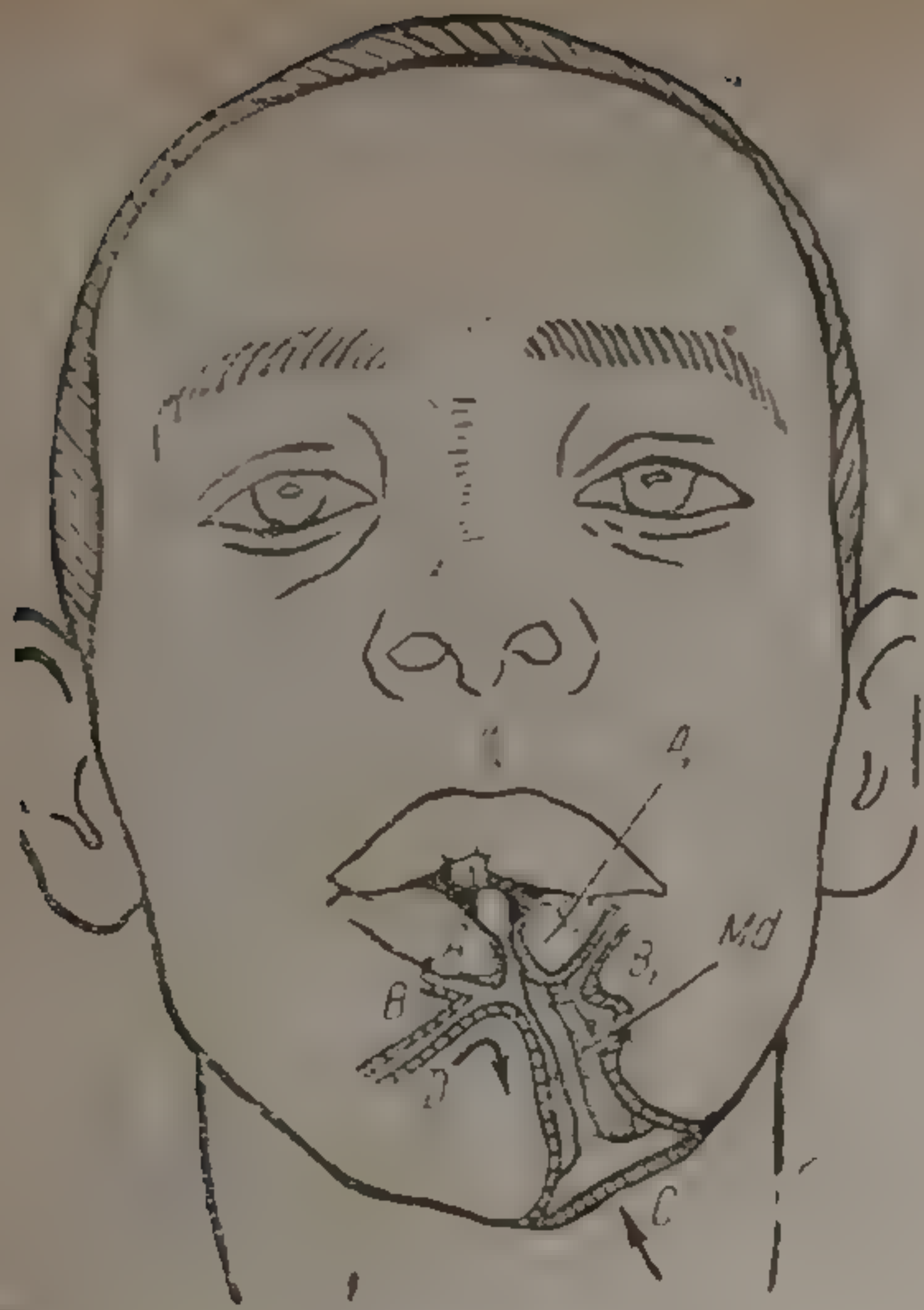


Рис. 307

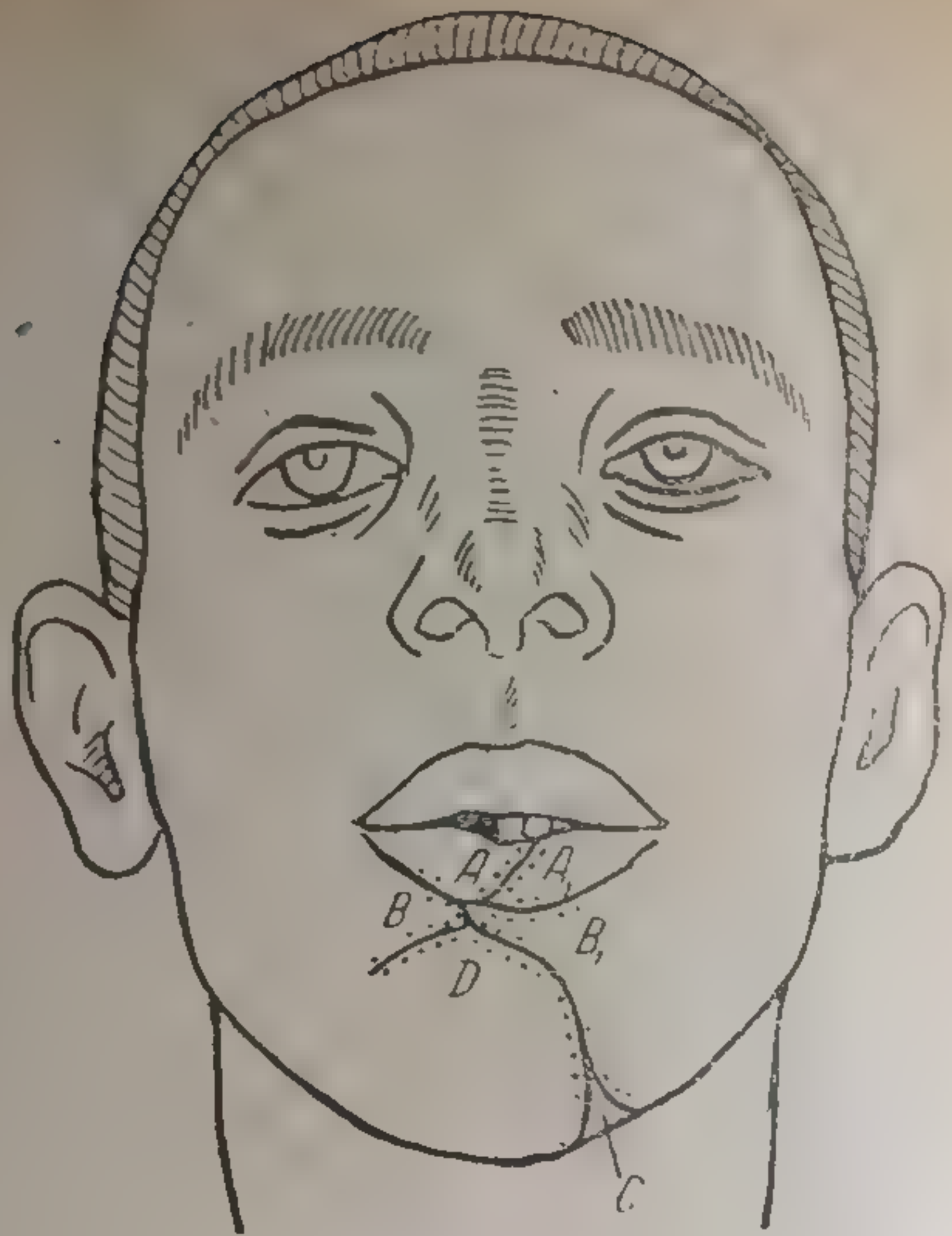


Рис. 308

Через два месяца временная каучуковая шпина заменена протезом (рис. 305). Больной вновь явился в отделение через два года. От костной пластики отказывается, заявляя, что протез вполне восстановил ему нормальное положение челюсти. Результат хороший и в функциональном и в косметическом отношении (рис. 304).

Случай 58

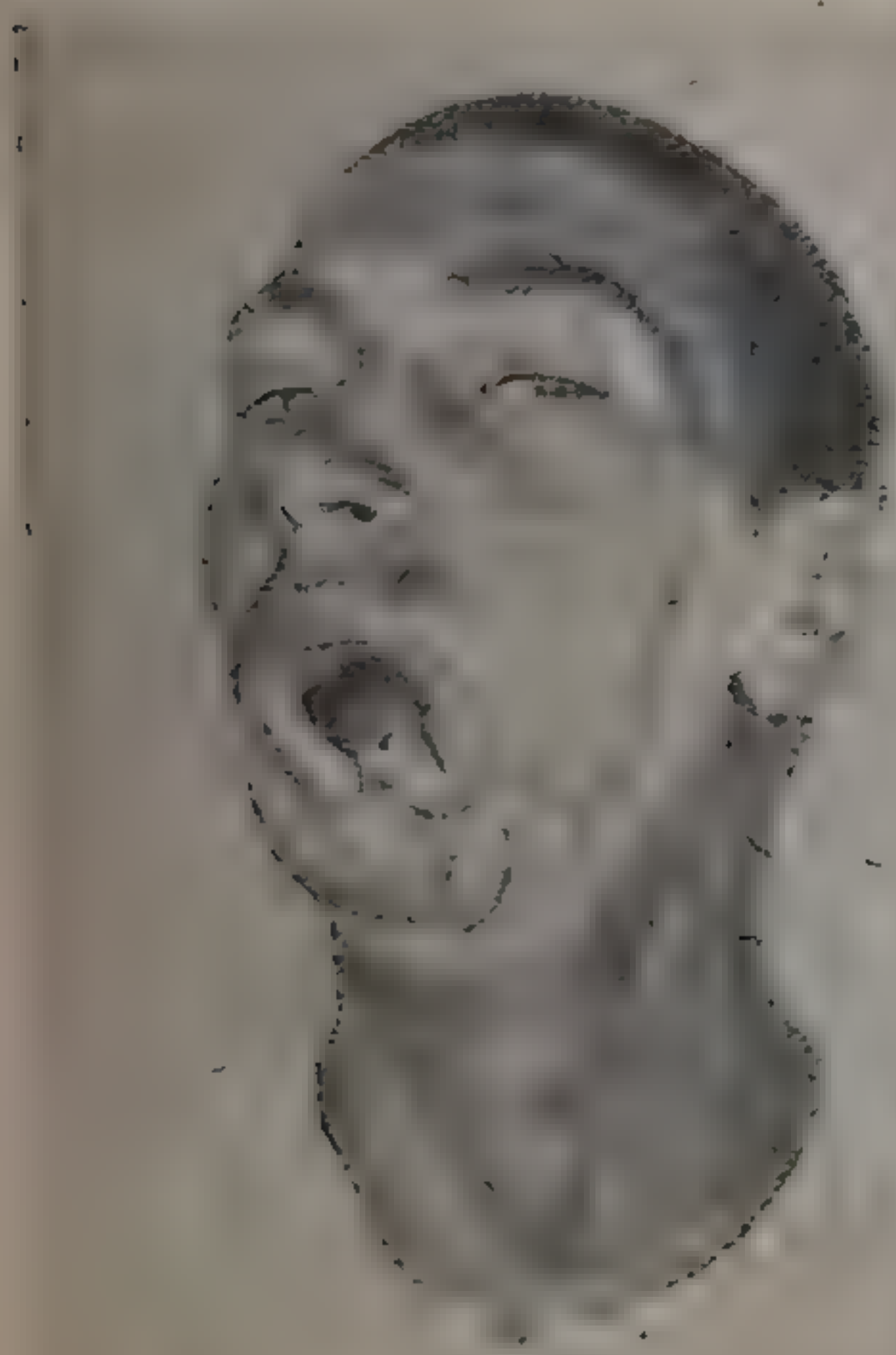


Рис. 309

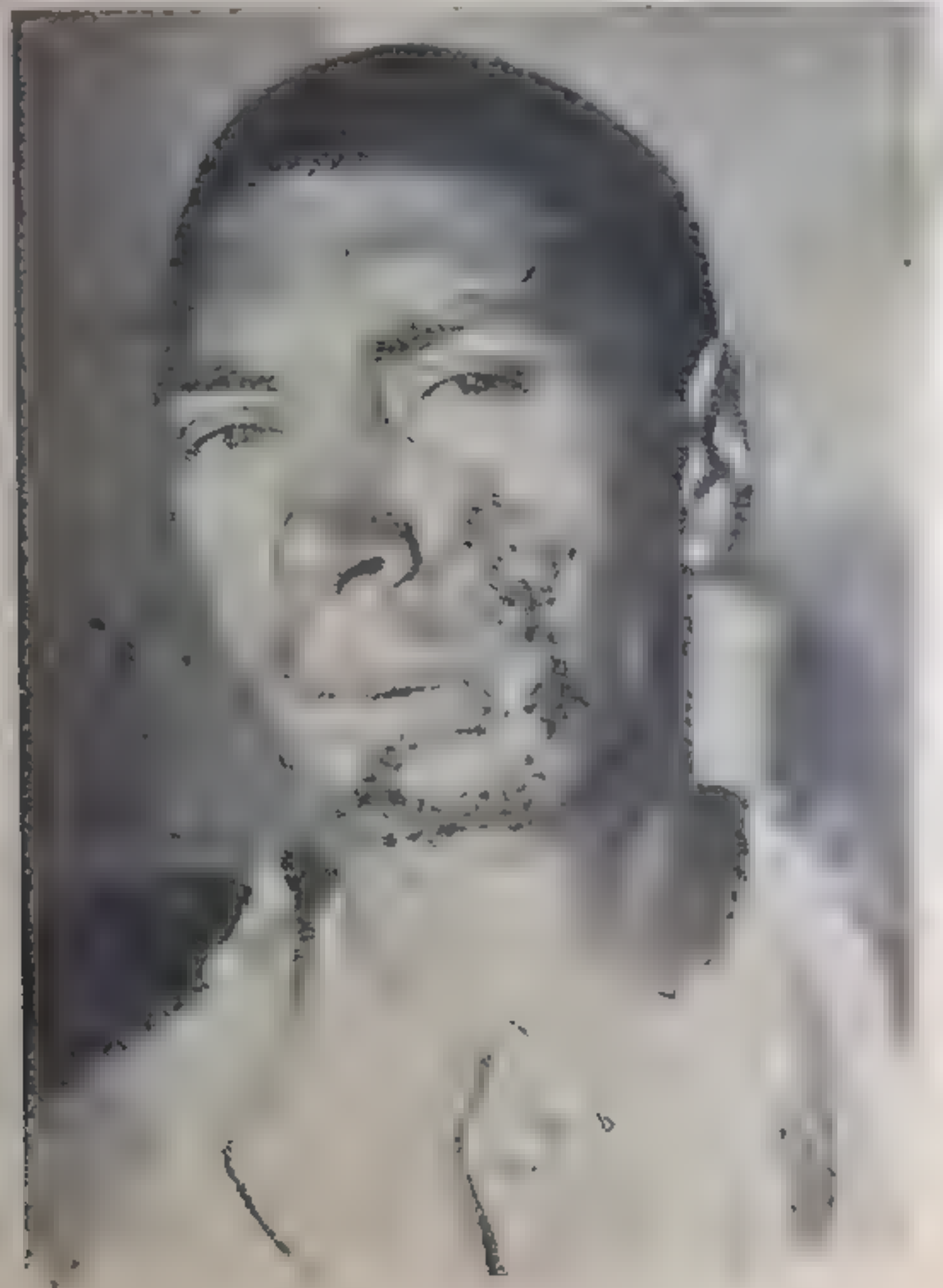


Рис. 310

Больной Н., тюрок, 25 лет, крестьянин. Был ранен на близком расстоянии из винтовки 5 лет назад. Пуля вошла над верхним краем лопатки слева, прошла по боковой поверхности шеи, вырвала и унесла с собой подбородочную дугу нижней челюсти вместе с частью окружающих мягких тканей. После продолжительного нагноения и секвестрации рана зажила.

На рис. 309 вид больного при поступлении в отделение 1 апреля 1926 г.: подбородок отсутствует, остатки его ушли далеко кзади. Кожа подбородка сшита непосредственно со слизистой дна рта на месте ее отхождения от языка. Многочисленные глубокие рубцы пронизывают область разрушения. Основная масса рубца располагается ниже левого угла рта (место наибольшего разрушения). Сюда тянутся отовсюду лучистые рубцы. Красная кайма состоит из двух самостоятельных частей. Левая половина вместе с соответствующим углом рта рубцами оттянута далеко кнаружи. Правая половина при закрывании рта поджимается внутрь, несколько уменьшая зияющее ротовое отверстие. Остальную часть этого отверстия запирает язык. Последний непроизвольно появляется наружу при каждой попытке к раскрытию рта. Речь нарушена настолько, что окружающие едва понимают больного. Подбородочная дуга нижней челюсти отсутствует. От левой половины нижней челюсти остается центральная половина вертикальной ветви, конец которой теряется в мягких тканях. От правой половины нижней челюсти осталось несколько больше. Сохранились три коренных зуба и соответствующий участок горизонтальной ветви нижней челюсти.

Оба фрагмента нижней челюсти сохранили полную подвижность в челюстных суставах. Жидкая пища и слюна непроизвольно стекают по подбородку. Для принятия пищи больной принимает лежачее положение. Провизорный протез с наклонной плоскостью, приготовленный до операции, не удерживал правого фрагмента в нормальном положении. Мы приступили к восстановлению формы мягких частей, чтобы позже пересадить ребро для восстановления подбородочной дуги.

Выполнение этой операции происходило следующим образом.

13 апреля 1926 г. операция. Хлороформный наркоз при помощи катетера, введенного в трахею через полость носа (больной категорически отказался от местной анестезии). Кожа подбородка К (рис. 311) отделена от слизистой дна рта на всем протяжении. Мобилизованы обе половины красной каймы А и А₁ и соединены одна с другой по средней линии. Слизистый край красной каймы сшит кетгутом со слизистой дна рта (она была мобилизована при отделении лоскута К; рис. 311 показывает линию разреза и раневую поверхность после иссечения рубца). Таким образом образована выстилка дна рта. Язык стал на свое место.



Рис. 311



Рис. 312



Рис. 313

Затем тщательно иссечен рубец на подбородке и отчасти при переходе его на шею и приступлено к восстановлению кожного покрова. На рис. 312 показан момент, когда закончено восстановление ротового кольца, слизистой дна рта; остается восстановить кожный покров.

Обращаясь к рис. 311 и 312, нетрудно проследить ход операции. Стрелки указывают направление основных ситуационных швов, а буквы — направление перемещения лоскутов ($A-A_1$, $D-D_1$, $B-B_1$).

В самую нижнюю точку операционного поля на шее для отведения слюны заведен стеклянный дренаж, проникающий в полость рта. 16 апреля 1926 г. дренаж удален.

18 апреля 1926 г. сняты швы. *Prima intentio*. Рана заживает на месте удаленного дренажа небольшое отделяемое.

28 апреля 1926 г. все зажило. На рис. 313 результат операции. Больной вполне замыкает ротовое кольцо; хорошее дно рта; слюнотечение прекратилось. Красная кайма еще не получила нормальной формы — по середине вдавленный рубец. Левая половина асимметрична вследствие отсутствия костного суппорта у подбородка. Фонация восстановилась вполне.

С целью придать губе вполне нормальный вид, а также исправить асимметрию мягких тканей подбородка и вместе с тем подготовить хорошее ложе для будущего костного трансплантата произведена вторая операция.

15 мая 1926 г. операция. Общий хлороформный наркоз. Разрез по границе красной каймы и кожи (рис. 314). Красная кайма вновь рассечена по середине на месте рубца. Кожа подбородка K отсепарована и отодвинута вниз. Остатки рубца в левой половине операционного поля удалены окончательно. Восстановлена красная кайма с освежением краев черепицей. Затем слева образован опускающийся назо-лабиальный лоскут A_2 . Подставив лоскут A_2 в промежутке между красной каймой и кожей подбородка, удалось хорошо восстановить форму левой половины подбородка и вместе с тем дать надежную опору губе. Все зашито послойно наглухо.

Рис. 314 и 315 иллюстрируют ход операции.

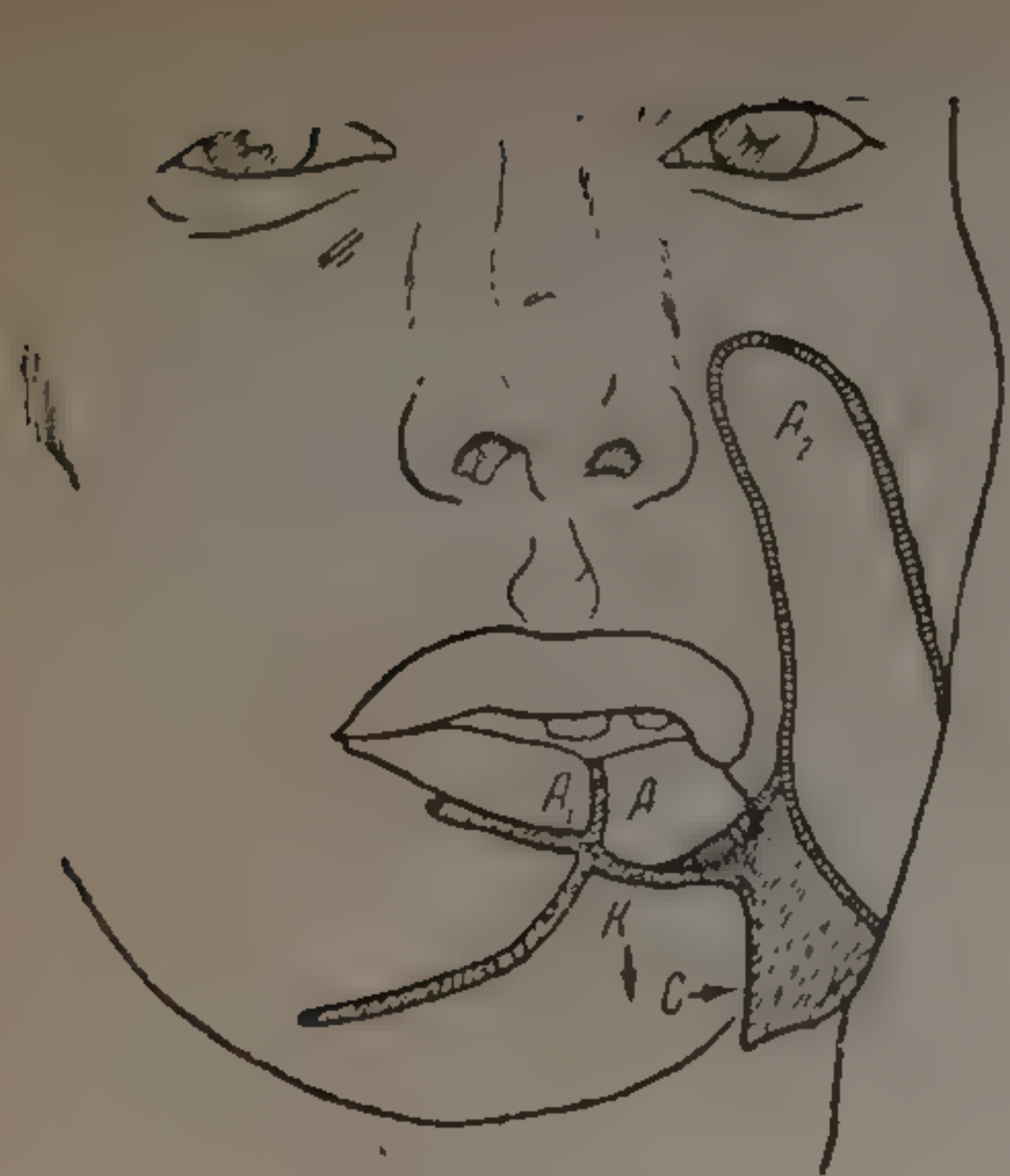


Рис. 314

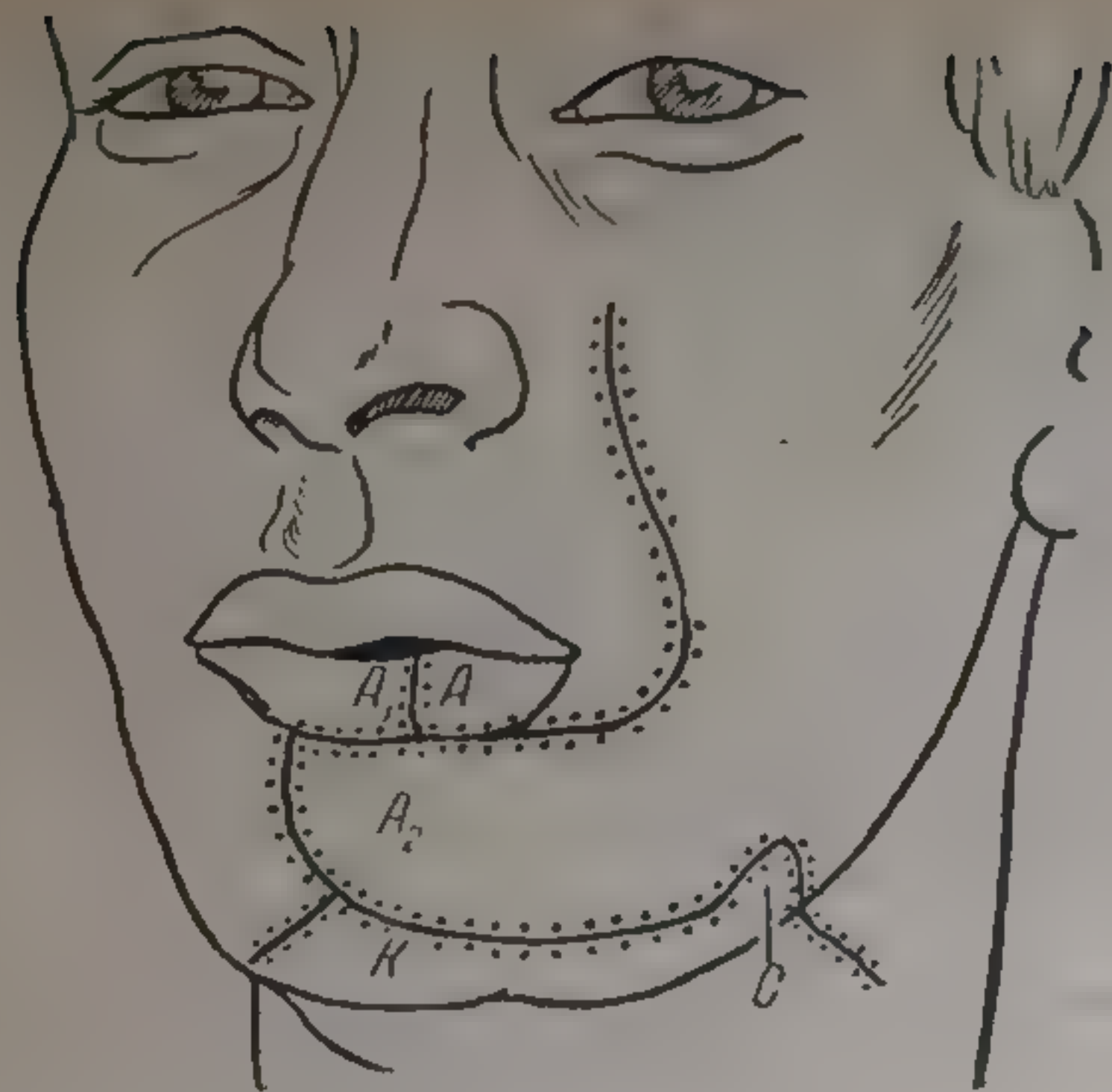


Рис. 315

20 мая 1926 г. сняты швы. *Prima intentio*. В тот же день больной выписан. На рис. 310 вид больного в день выписки. Непосредственный результат операции хороший. Речь восстановлена вполне.

К сожалению мы не имеем более поздней фотографии, чтобы судить об отдаленных результатах, так как больной спешил уехать к себе в деревню, опасаясь опоздать на полевые работы.

Дан совет явиться через полгода для костной пластики нижней челюсти.

Случай 59

Этот случай иллюстрирует способ Джильса—восстановления почти полной половины нижней челюсти, включая и суставную половину.

В сентябре 1933 г. мы удалили 28-летней преподавательнице музыки М. правую половину нижней челюсти, начиная от 13 вместе с суставным отростком по поводу изъязвившейся саркомы нижней челюсти.

В последующем больная получила рентгенотерапию (А. А. Штусс). Первые три месяца после операции носила косую плоскость.

20 мая 1934 г. никаких признаков рецидива. На рентгенограмме культи челюсти совершенно нормальна.

Больная поступила для восстановления удаленной части челюсти. На верхнюю и нижнюю челюсти устроена шина Зауер-Энгля с крючками и косой плоскостью слева.

28 мая 1934 г. операция. Местная анестезия. По старому рубцу от предыдущей операции обнажена культи правой половины челюсти и подготовлено ложе для трансплантата; поднимаясь вверх, освобождена от рубца суставная площадка.

Из реберной дуги извлечен костно-хрящевой трансплантат по Джильсу. Трансплантат, наполовину состоящий из хряща, наполовину из кости, имеет в длину около 15—17 см. Трансплантат перенесен в приготовленное для него ложе таким образом, что костный конец его заведен в субпериостальный карман на культе нижней челюсти, а хрящевой конец подведен к суставной поверхности.

Наложены этажный шов на мягкие ткани, глухой шов на кожу. Челюсти замкнуты межчелюстной резиновой тягой и одним пуговичным швом между губами.

Гладкое послеоперационное течение.

Рана зажила первичным натяжением. Через три месяца больной был изготовлен постоянный зубной протез.

На рис. 316, 317, 318 результат операции через 11 месяцев.



Рис. 316



Рис. 317



Рис. 318

Костно-хрящевой трансплантат прекрасно прижился, окреп и целиком взял на себя функцию удаленной рамы.

Он имеет прекрасную подвижность в челюстном суставе, хорошо повторяет и форму этой части челюсти, особенно углы.



Рис. 319



Рис. 320

Больной К., 30 лет. Был ранен в упор выстрелом из винтовки. Пуля разорвала мягкие ткани и унесла с собой левую половину горизонтальной ветви нижней челюсти вместе с углом и нижней половиной вертикальной рамы (рис. 319).

Рана была зашита. После заживления остался дефект левой половины нижней челюсти, начиная от 3. Остаток вертикальной рамы хорошо подвижен в суставе. На дне рта сквозной свищ, который открывается наружу в центре рубца. Через свищ выделяется слюна. К разрушенной челюсти присоединилось разрушение мягких тканей. Правая половина челюсти смещена влево: вследствие этого произошла значительная асимметрия лица.

Под местной анестезией прежде всего иссечен свищ; мобилизованы слизистая и кожа. Каждый из слоев зашит отдельно. Затем приготовлены проволочные шины на верхнюю и нижнюю челюсти. Свищ ликвидирован.

25 мая 1932 г. операция. Мандибулярная анестезия. Разрезом параллельно заднему краю нижней челюсти обнажены фрагменты нижней челюсти. Надкостница отслоена в виде карманов. Затем взят реберный трансплантат, введенный концами в образованные карманы надкостницы. Наложены кетгутовые швы на мягкие ткани, глухой шов—на кожу.

Челюсть иммобилизована резиновой межчелюстной тягой на имеющихся шинах.

Все зажило первичным натяжением; швы удалены через четыре недели.

Образовалась мягкая костная мозоль. Больной продолжает носить косую плоскость. Через год он пришел показаться. Обнаружено полное костное соединение между трансплантатом и челюстью. Трансплантат окреп и стал целиком в челюсть (рис. 320).

Следующие два случая представляют повреждения челюсти, осложненные обширной потерей мягких тканей и соседних областей.

Случай 61



Рис. 321



Рис. 322

Больная X. М.—кизы, тюрчанка, 16 лет, из Закатальского района. Четыре года назад случайным выстрелом из ружья разрушена левая половина лица. Пять месяцев назад местный хирург рассек поперек обширный рубец, имея в виду увеличить подвижность нижней челюсти.

На рис. 321 вид больной при поступлении к нам в отделение. Совершенно разрушены левая щека и левая половина верхней челюсти вместе с небным отростком и зубами.

Вертикальная ветвь вместе с суставным концом, уголки задняя половина горизонтальной ветви нижней челюсти отсутствуют. Передняя половина горизонтальной ветви сохранилась неповрежденной.

Нижняя губа сохранилась целиком, а также небольшой участок слизистой щеки на горизонтальной ветви нижней челюсти. Левая половина верхней губы припаяна рубцом к области крыла носа.

Массивный сквозной рубец пересекает поперек заднюю половину дефекта. Речь невнятна. Огромное отверстие в щеке больная закрывает языком. Прием жидкой пищи затруднителен.

План восстановления был составлен следующим образом: использовать остатки слизистой и окружающий рубец для образования выстилки щеки. Мобилизация окружающей кожи должна дать наружное покрытие. Выпуклость отсутствующей верхней челюсти в момент операции решено заменить каучуковой формой.

Для этого на оставшиеся справа верхние зубы одеты металлические капли, к последним припаяна дуга, которая продолжена влево. К этой дуге приварены крючки, на которые надета каучуковая форма. Такие же капли устроены и на нижнюю челюсть. Верхние и нижние капли имеют на своей передней поверхности крючочки. Сделано это для того, чтобы после операции восстановления ветви нижней челюсти при помощи межчелюстной резиновой тяги, с одной стороны, иммобилизовать фрагмент и трансплантат, с другой стороны, восстановить правильный прикус.

11 января 1930 г. операция. Общий эфирно-масляный ректальный наркоз. Шины и каучуковая форма за несколько дней до операции установлены на



Рис. 323

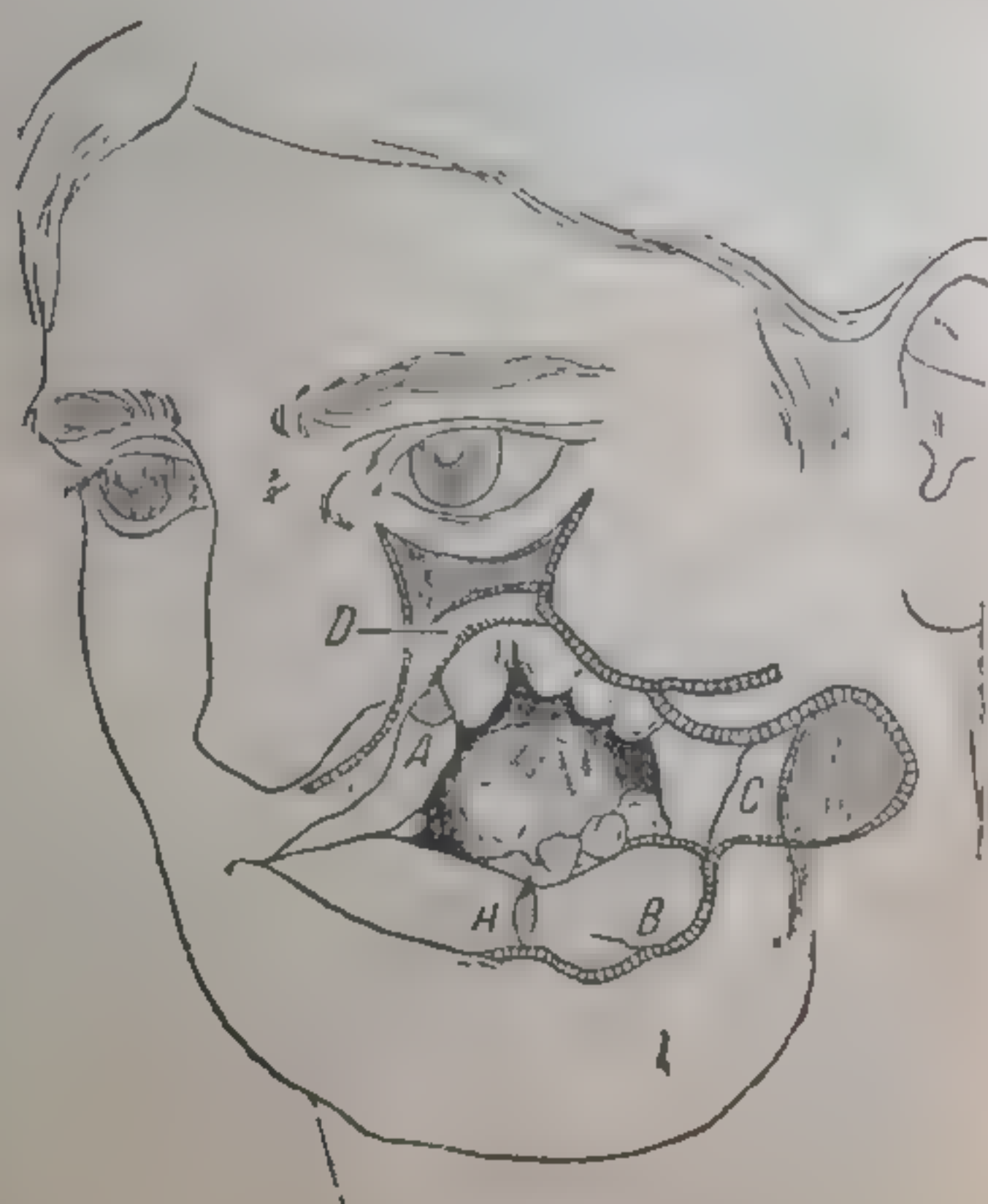


Рис. 324

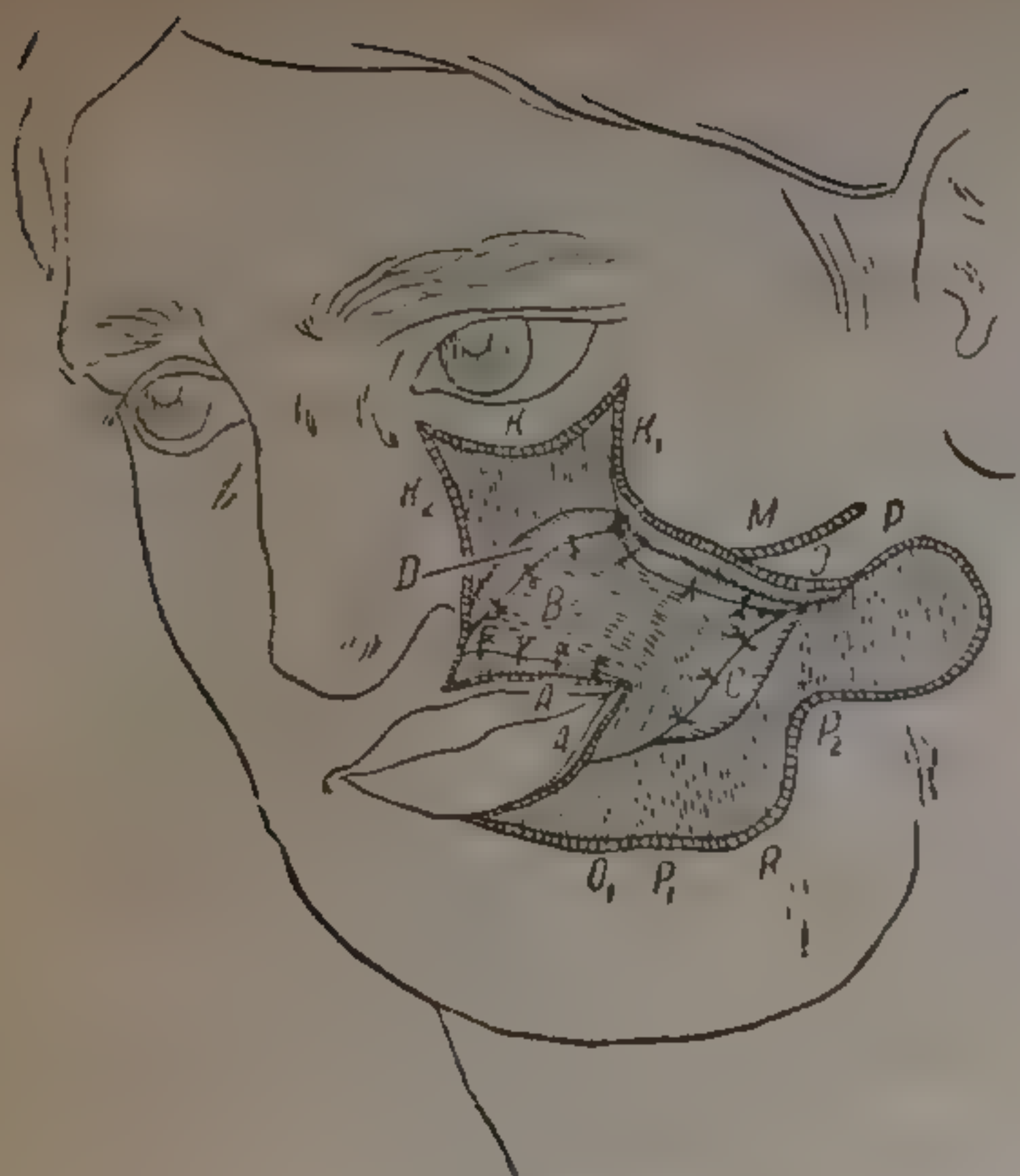


Рис. 325

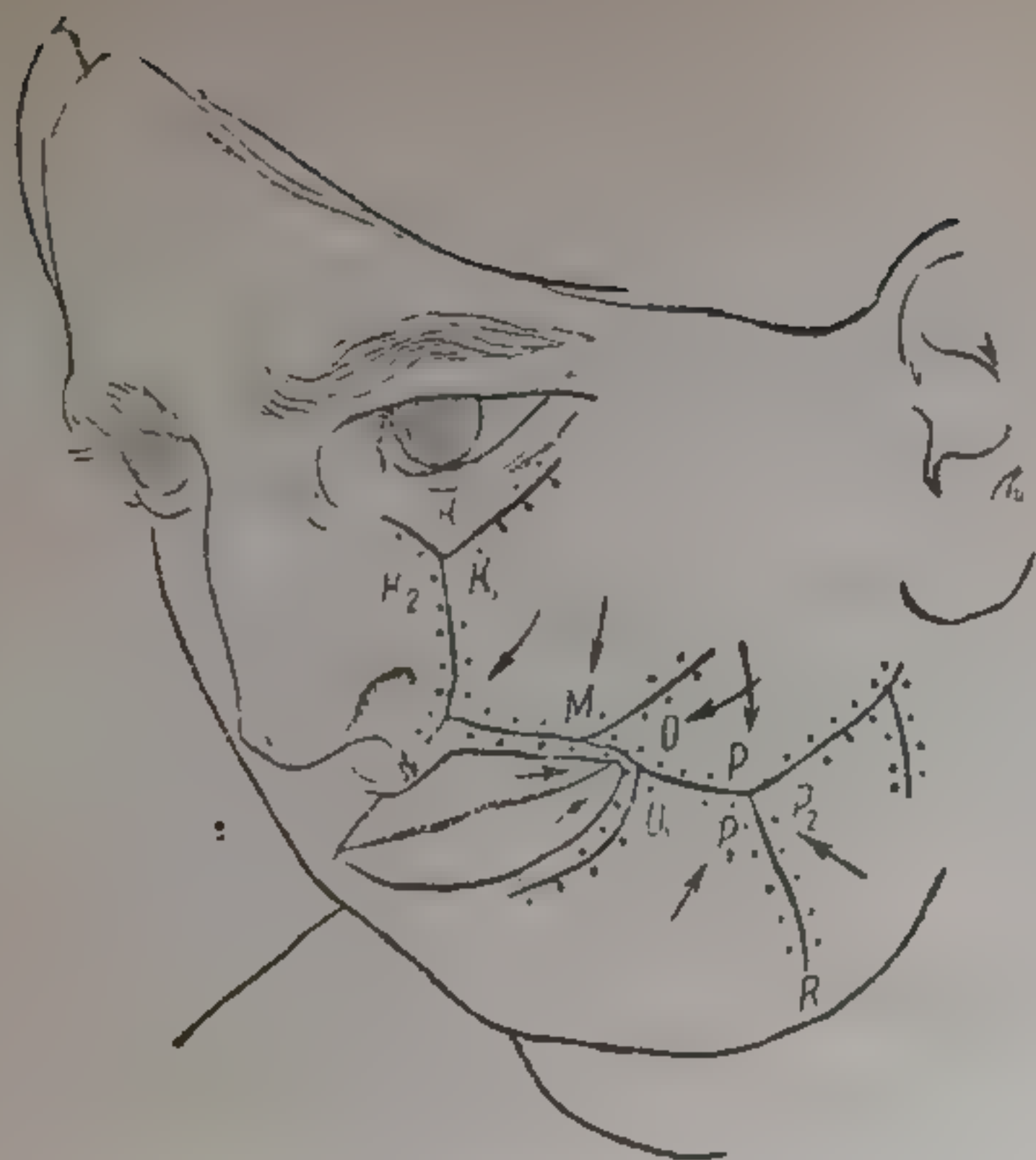


Рис. 326

место (рис. 323). На рис. 324 схема выкраивания и мобилизации остатков слизистой и рубца для образования выстилки будущей щеки.

Слизистая неба *D*, рубец *C*, на заднем краю дефекта остатки слизистой щеки *B*—все это превращено в опрокидывающиеся лоскуты. Освобождена от рубцов левая половина верхней губы *A*. Мобилизована нижняя губа вслед за лоскутом *B*. На месте перехода нижней губы *A* в лоскут *B* освежена поверхность для сшивания с верхней губой и образования на этом месте угла рта (на рис. 324 заштриховано). Особенно массивная часть поперечного рубца в области лоскута *C* удалена совершенно.

На рис. 325 показан момент образования выстилки. Особенно полезным оказался лоскут *B*. Остается покрыть большую раневую поверхность нормальной кожей. Для этого края раны широко подрезаны и закрытие произведено так, как это показано на схеме рис. 326. Стрелки указывают направление основных швов.

Заживление *per primam intentionem*.

5 апреля 1930 г. операция. Местная анестезия. Сделаны косметические поправки послеоперационных рубцов. Рубец, пересекающий поперек область вертикальной ветви нижней челюсти, иссечен. Мобилизован окружающий жир и им подставлена кожа. Наложен глухой шов. Этим подготовлено ложе для предстоящей костной пересадки—восстановления ветви нижней челюсти.

22 апреля 1930 г. мы применили пластику левого крыла носа и сделали поправки левого угла рта.

15 мая 1930 г. второй акт: восстановление дефекта нижней челюсти. Сделана операция под местной анестезией. Резецировано слева VIII ребро на протяжении 12—14 см на месте перехода хрящевой части в костную.

Резецированная часть по форме напоминает недостающую часть нижней челюсти (способ Джильса, рис. 293 и 295). На ребре сохранена наружная пластинка надкостницы. Костно-хрящевой трансплантат устроен в ложе, подготовленном для него в начале операции. Для этого на месте костного дефекта хрящевая часть трансплантата введена в суставную впадину, костный конец трансплантата оставлен свободным среди мягких тканей вблизи культи нижней челюсти.

Трансплантат заходит своим концом на челюсть на 1—1,5 см. В будущем это должно облегчить сращивание фрагментов.

Не желая подвергать трансплантат опасности, мы разбили операцию на два акта из опасения вскрыть полость рта и ввиду продолжительности операции.

При выделении ребра повреждена плевра.

Отверстие зашито наглухо.

Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение. Пневмоторакс быстро рассосался.

12 мая 1930 г. операция. Местная анестезия. Разрез по рубцу от предыдущей операции. Обнажена культя нижней челюсти, и костный конец трансплантата. Надкостница, покрывающая нижнюю челюсть, бережно отслоена в обе стороны в виде двух лоскутов. Наружная поверхность челюсти освежена в виде ступеньки, то же сделано и с ребром. Трансплантат и челюсть сшиты кетгутом. Все это прикрыто надкостницей челюсти и тщательно обшито мягкими тканями. Концы кетгутовых нитей оставлены длинными и выведены в кожную рану — капиллярный дренаж. Кожная рана зашита наглухо. Челюсти придано положение нормального прикуса при помощи резиновой межчелюстной тяги на каппах, о которых было сказано выше. Эта же самая тяга фиксирует неподвижность фрагмента.

Гладкое послеоперационное течение.

Заживление первичным натяжением.

Межчелюстная тяга удалена окончательно через месяц. Начаты движения нижней челюстью.

Позднее Е. Е. Теслер изготовил нашей больной протез на верхнюю и нижнюю челюсти. Протезы фиксированы неподвижно на зубах правой половины челюстей, отростки расположены влево. Больная получила прекрасный жевательный аппарат.

На рис. 322 больная перед выпиской.

Случай 62

Больной С., крестьянин из окрестностей Шемахи. Пять дней назад получил в лицо, почти в упор, заряд дробы из охотничьего ружья.

Заряд унес с собой всю левую щеку, верхнюю челюсть и твердое нёбо. Раздробил на множество осколков нижнюю челюсть, разможжил часть языка и разорвал нижнее веко. Левый глаз остался неповрежденным.

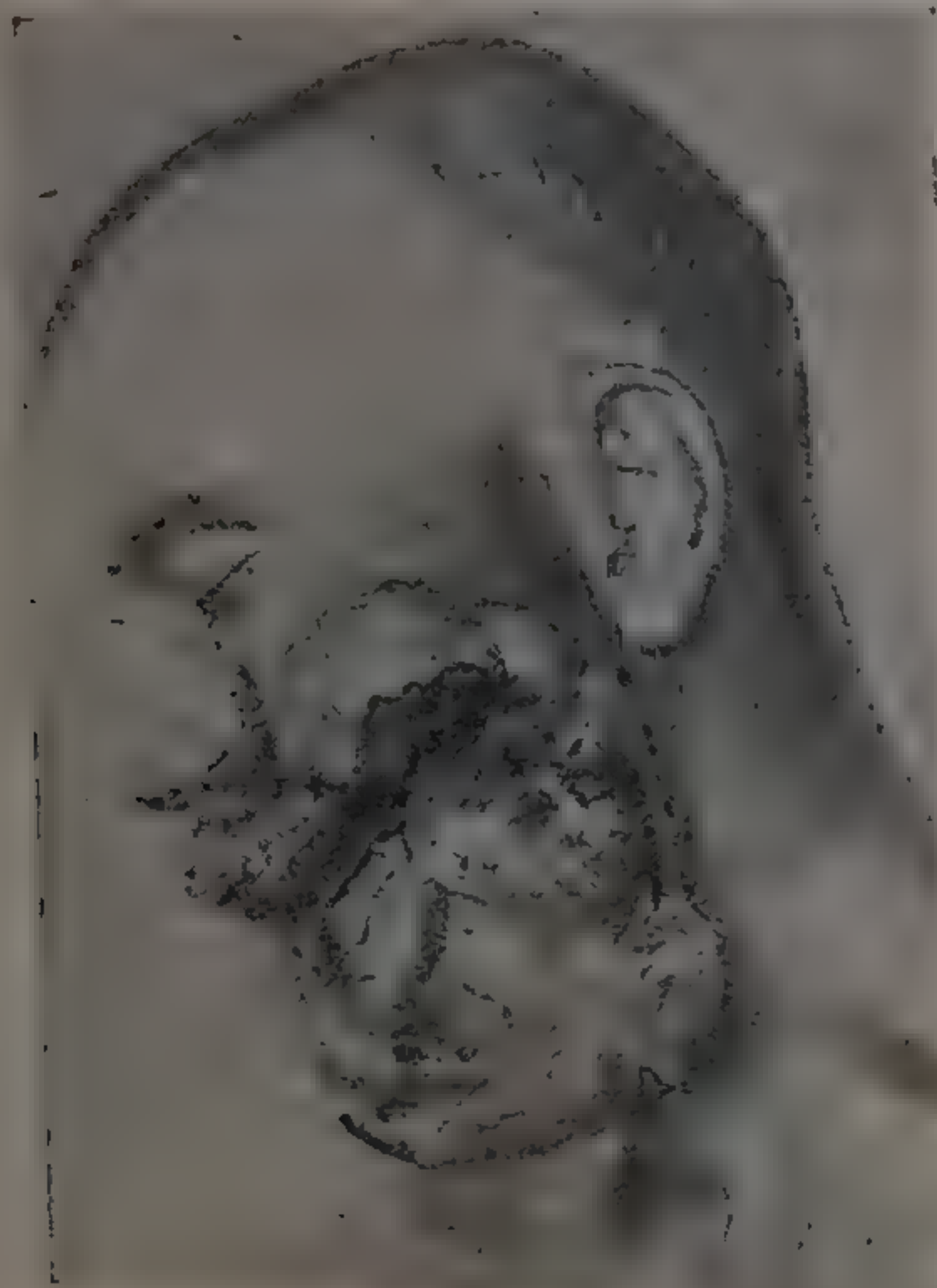


Рис. 327

На рис. 327 вид больного при поступлении в отделение 3 сентября 1929 г. Огромная, развороченная раневая поверхность покрыта грязным гнойным налетом. Среди мягких тканей торчат осколки костей. Язык перебит на две части. В глубине раны виден надгортанник и обнажен ход в глотку. Речь совершенно невнятна. Больной лихорадит. Питают больного в горизонтальном положении, наливая жидкую пищу на дно зияющей раны.



Рис. 328



Рис. 329

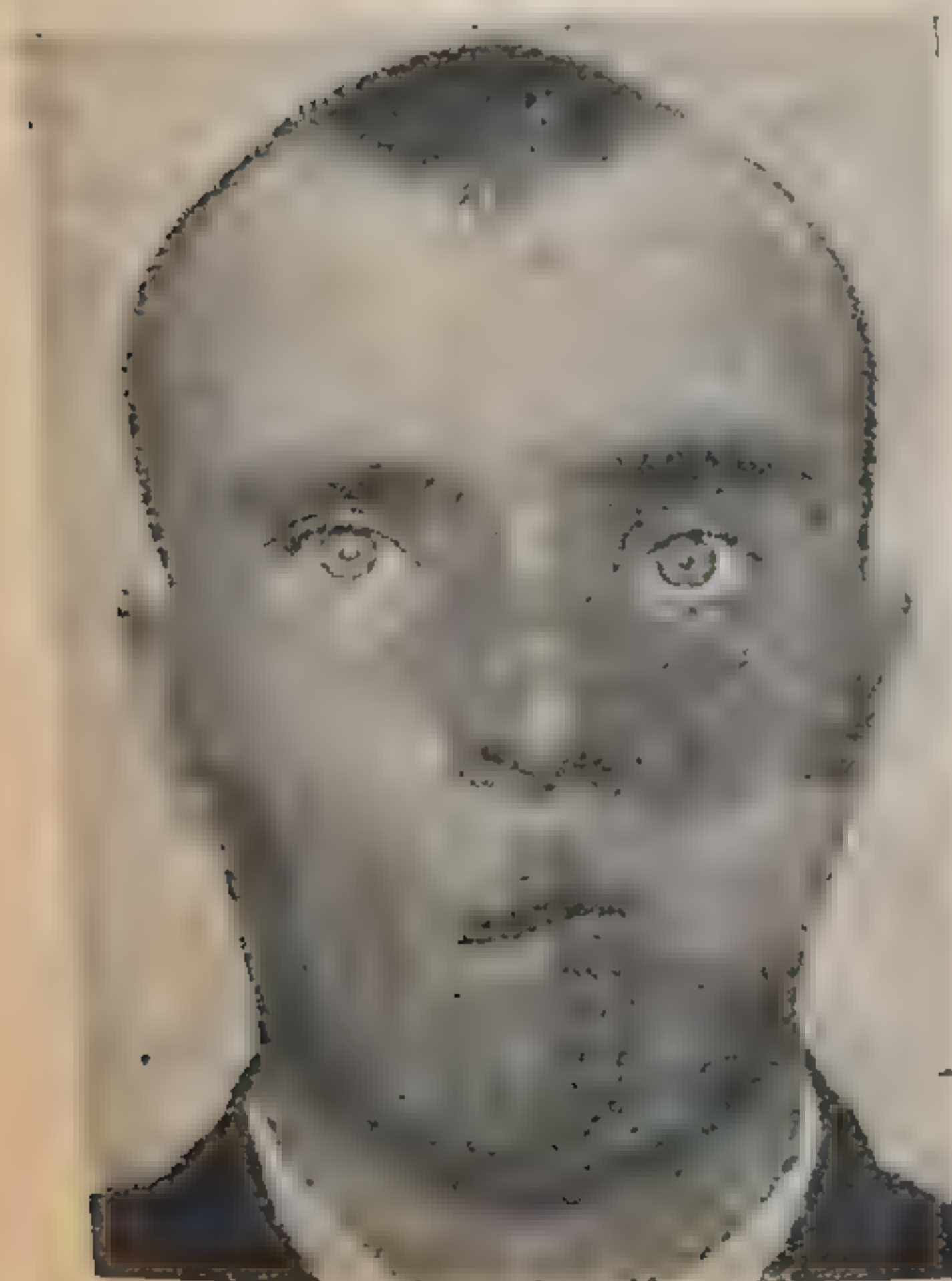


Рис. 330



Рис. 331

Рана приведена в порядок. Мелкие костные осколки, потерявшие связь с надкостницей, удалены. Обильные промывания 3—4 раза в день теплой водой. Влажные, рыхлые повязки, часто сменяемые для предупреждения высыхания глотки и языка. Через нос в желудок введен резиновый зонд, при помощи которого обильно вводится жидкая пища.

Под влиянием лечения рана стала быстро очищаться, и вскоре началось рубцевание.

На рис. 328 и 329 вид больного после полного заживления первоначальной раны.

Левая щека вместе с верхней челюстью отсутствуют. Правое нижнее веко разорвано, слизистая вывернута наружу и рубцом притянута к области левого крыла носа, которое в свою очередь сужено и притянута рубцом к скуле. От верхней губы остается правая половина. Нижняя губа сохранена целиком. Нижняя челюсть—см. рентгенограмму (рис. 335), рисунки и описание ниже.

План восстановления составлен следующим образом. Операция разбивается на три акта:

первый акт—восстановление нижнего века, конъюнктивного мешка и области собачьей ямки;

второй акт—восстановление щеки и ротового кольца;

третий акт—восстановление нижней челюсти.

Выполнение первого акта не представляло особых трудностей и об этом говорится ниже при описании операций.

Второй акт—восстановление щеки и ротового кольца—зависел от успешности первого акта и требовал предварительного приготовления протеза взамен недостающей верхней челюсти. Этот протез должен был дать опору новой щеке и восстановить симметрию лица. Для образования ротового кольца решено использовать имеющийся остаток губ, верхней и нижней. Для образования щеки—выстилку выкроить из опрокидывающихся лоскутов по краям дефекта. Наружное покрытие создать из скальпа.

Третий акт—восстановление нижней челюсти—оставлен под самый конец, ввиду того что костная трансплантация может быть произведена только через несколько месяцев после полной и окончательной секвестрации, для чего нужно время.

17 декабря 1929 г. операция, первый акт. Местная анестезия. Иссекая рубец, идущий параллельно краям разорванного нижнего века, мы мобилизуем последнее вместе с конъюнктивой высоко вверх до нижнего края глазницы.

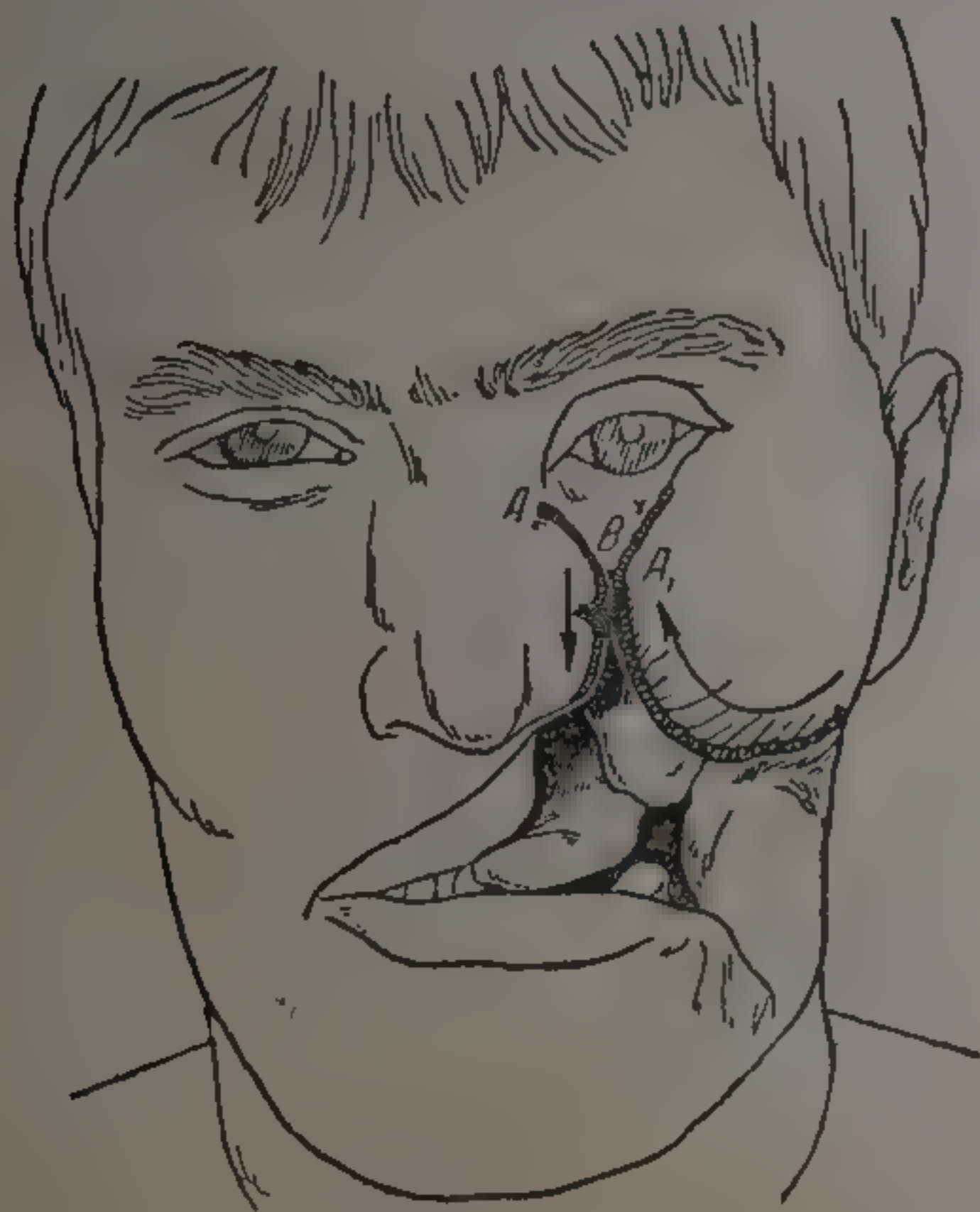


Рис. 332

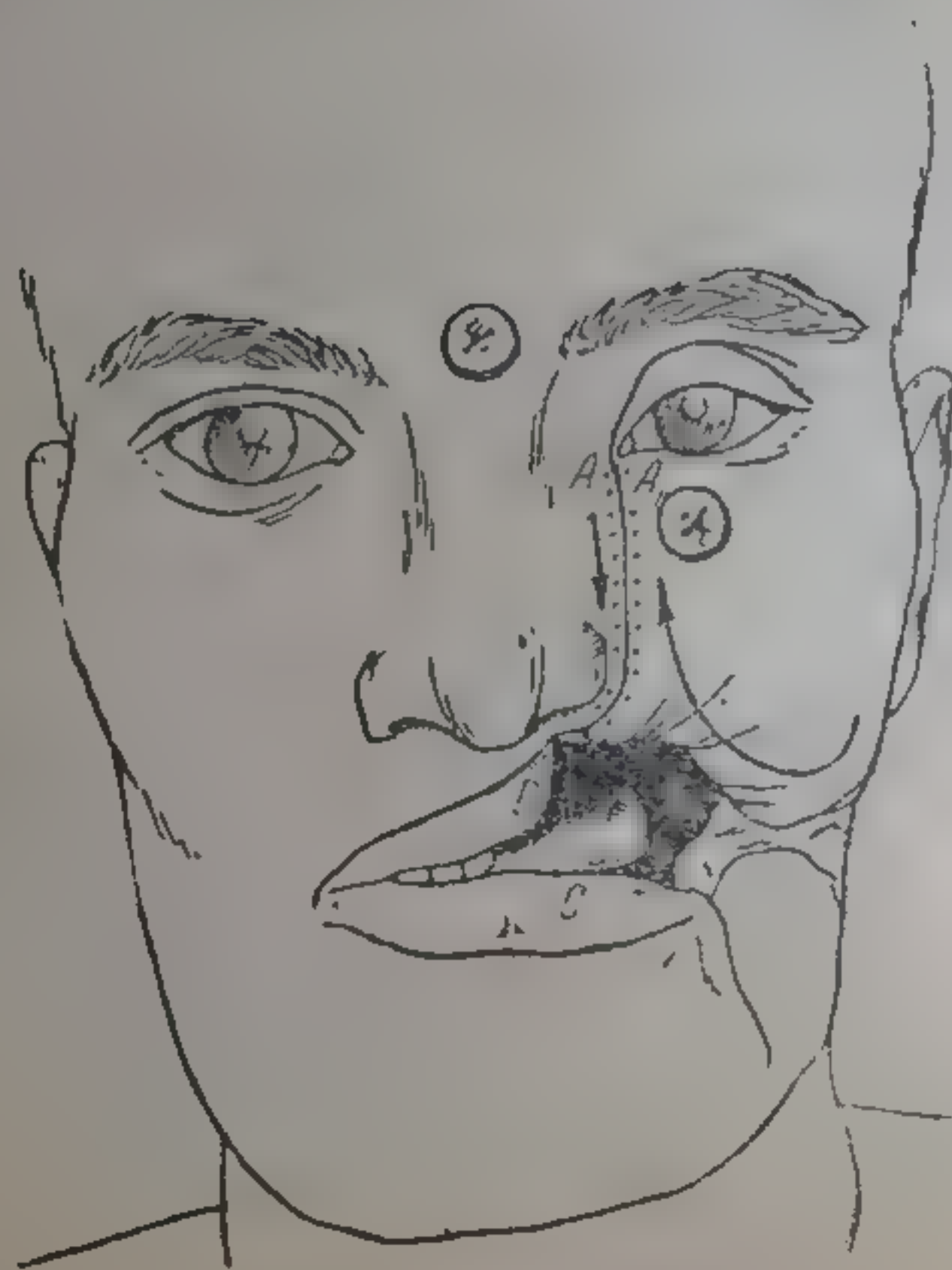


Рис. 333



Рис. 334

Полуокружным разрезом широко мобилизована кожа премаксиллы A_1 , имеющая по своему верхнему краю край века. То же сделано и по медиальному носовому краю раны с лоскутом A .

На рис. 332 дана схема выкраивания лоскутов. Стрелками показано направление желаемого передвижения лоскутов.

Лоскут A_1 широко отслоен и благодаря этому получил большую подвижность. Лоскуты A и A_1 передвинуты в направлении, показанном стрелками. Восстановлены в первую очередь нижнее веко и конъюнктивальный мешок. Слизистая на остатке твердого нёба мобилизована навстречу нижнему краю лоскута A_1 . Лоскут A_1 завернут в полость рта и сшит с мобилизованной слизистой нёба.

Таким образом был закрыт дефект в твердом нёбе и полость носа разобщена от полости рта. Благодаря этому одновременно удалось освободить левое крыло носа и установить его в нормальное анатомическое положение. Пуговичный шов через вершину лоскута A_1 к коже лба расслабляет натяжение по линии наибольшего напряжения.

На рис. 333 схема законченной операции. Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение.

На рис. 334 результат операции—полное восстановление нижнего века, косметическое и функциональное. Полость рта разобщена от полости носа. Крыло носа стало на место. Немедленно начата подготовка ко второму акту операции—восстановлению щеки.

На оставшиеся справа на верхней челюсти зубы приготовлены металлические капшпы; к этим капшпам приварена дуга, которая продолжается влево, повторяя выпуклость недостающей верхней челюсти. К дуге пристроена на крючках полая каучуковая форма, восполняющая выпуклость недостающей части челюсти.

На рис. 334 вид больного с шиной и каучуковой формой.

Рентгенограмма (рис. 335) дает представление о положении шины в полости рта и ее деталях и о размерах разрушения нижней челюсти.

28 января 1930 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Образование щеки и ротового кольца. Мобилизован остаток верхней губы D ; мобили-



Рис. 335



Рис. 337



Рис. 338

корон
 Бод
 21
 нему
 тальна
 нажда
 Ру
 очень
 перед
 фрагм
 Но кр
 гувов
 концы
 вместе
 шов н
 По
 толкн
 некото
 В
 ном д
 4 м
 левой
 образ
 верхн
 П
 сторо
 четнос
 улож
 сти. И
 Иапо
 За
 лност
 стуча
 стик
 В
 левов
 сращ
 ции.
 За
 для

зована нижняя губа *C*, а вслед за нею кожа по нижнему краю дефекта в виде опрокидывающегося лоскута *B*. Такой же опрокидывающийся кожный лоскут *A* выкроен по верхнему и заднему краю дефекта. Лоскуты *A* и *B* в основном состоят из рубцов (рис. 336).

C и *D*, сшитые один с другим, замкнули ротовое кольцо. Опрокидывающиеся лоскуты образовали выстилку и замкнули полость рта. Большая кожная рана частично стянута швами. Точка *C_I* сшита с *C_{III}*, а *C_{II}* вследствие этого ушла вниз. Натяжение по линии *C_IC_{III}* подпирает кверху нижнюю губу.

Оставшаяся раневая поверхность закрыта лексеровским скальпом, выкроенным по форме дефекта. Рана на волосистой части головы частично стянута швами. Ножка скальпа удвоена. На рану головы наложена вазелиновая повязка. Операционное поле на лице оставлено открытым. Гладкое послеоперационное течение. Лоскуты прижили целиком.

В феврале 1930 г. операция. Местная анестезия. Ножка скальпа отсечена. Остаток скальпа расправлен и возвращен на череп, где для него освежены края раны. Задний край лоскута вживлен «заподлицо». Остающаяся незакрытой небольшая гранулирующая рана волосистой части на лбу заживает под вазелиновой повязкой.

27 марта 1930 г. сделаны косметические поправки на нижнем веке (в конъюнктивный мешок добавлен лоскуток слизистой, взятый на внутренней поверхности нижней губы).

5 марта 1930 г. произведена эпиляция верхнего края лоскута скальпа по Рети (Rethi). Образование ротового кольца, щеки закончено. Остается восстановить нижнюю челюсть и устроить протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

Принимая во внимание небольшой срок, прошедший с момента полного заживления раны, и опасаясь вмешательства дремлющей инфекции, мы разбили восстановление нижней челюсти на несколько актов. К этому моменту состояние нижней челюсти представлялось в следующем виде (рис. 337).

Челюсть состоит из четырех больших фрагментов. Первый—левая восходящая ветвь на месте ее перехода в горизонтальную—ложный сустав с большим дефектом. Второй фрагмент—остатки горизонтальной ветви до уровня клыка; на этом участке не сохранилось ни одного зуба. Третий фрагмент—подбородочная часть нижней челюсти, состоящая из множества осколков, и наконец четвер-

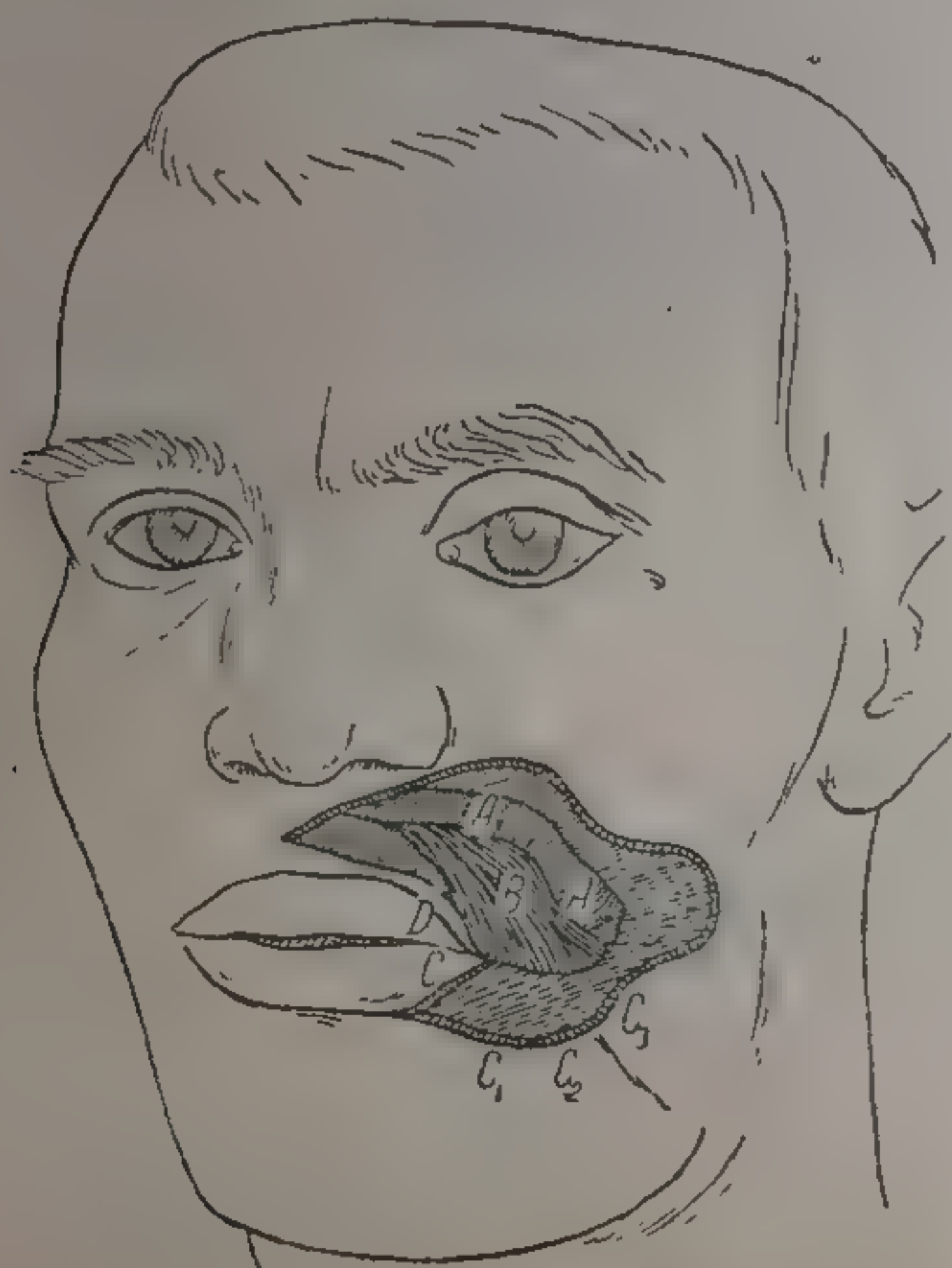


Рис. 336

тый фрагмент—правая горизонтальная ветвь; начиная от правого клыка, она включает в себя и восходящую ветвь. Правый фрагмент смещен кпереди и выше подбородочного и в виде черепицы накладывается на последний. На этом месте ложный сустав. Среди мягких тканей осколки дробн.

17 мая 1930 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. По заднему краю восходящей ветви нижней челюсти, начиная от мочки уха и до середины левой горизонтальной ветви, проведен разрез. Обнажены мягкие ткани в непосредственной близости к поверхности челюсти. Образовано ложе для костного трансплантата. Затем обнажено VI ребро слева по задней подмышечной линии. Ребро резецировано на протяжении 10 см таким образом, что на нем сохранен наружный листок надкостницы.

Костный трансплантат помещен в приготовленное для него ложе таким образом, что середина его приходится на уровне ложного сустава между вертикальной и горизонтальной рамами.

Мягкие ткани защиты в два этажа наглухо кетгут-конским волосом. То же сделано и на грудной клетке.

Рана зажила первичным натяжением. На рис. 338 результат операции; хорошо виден костный трансплантат.

Больной временно уехал домой и вернулся назад в октябре 1930 г.

21 октября 1930 г. операция. Местная анестезия. Разрезом параллельно нижнему краю нижней челюсти обнажен ложный сустав между правой горизонтальной ветвью и подбородочным фрагментом. Правый фрагмент лежит впереди, накладываясь на подбородочный в виде черепицы.

Рубцовая спайка между фрагментами рассечена скальпелем и концы их разведены. При этом вскрыта полость рта. Удален второй резец слева, так как линия перелома проходит мимо него, обнажая его корень на всем протяжении. Концы фрагментов освежены и выдолблены острой стамеской в виде русского замка. По краям дредом сделано две пары отверстий, через них проведены толстые кетгутовые лигатуры, при помощи которых фрагменты связаны один с другим. Концы этих штей, а также концы кетгутовых швов на мягкие ткани собраны вместе и выведены наружу в качестве «капиллярного» дренажа. Наложен глухой шов на кожу. Рот замкнут межгубным пуговичным швом.

Послеоперационное течение прошло гладко. Вскоре все зажило и на месте ложного сустава получилась полная консолидация. Больной уехал домой и через некоторое время вновь возвратился в отделение.

В два приема произведена из косметических соображений эпиляция на щечном лоскуте в течение одного месяца.

4 мая 1931 г. операция. Местная анестезия. Разрезом по старому рубцу вдоль левой вертикальной ветви нижней челюсти обнажен костный трансплантат таким образом, что он сохраняет связь с мягкими тканями. Обнажена внутренняя поверхность трансплантата, лишенная надкостницы.

Проникая глубже, обнажили наружную поверхность нижней челюсти в обе стороны от угла на месте ложного сустава. Надкостница наружной поверхности челюсти в виде двух листков отслоена в обе стороны. Костный трансплантат уложен поверхностью, лишенной надкостницы, на костную поверхность челюсти. Надкостница челюсти при помощи кетгутовых швов покрыла трансплантат. Наложен глухой шов.

Заживление первичным натяжением. Трансплантат прекрасно спаялся с челюстью, и ложный сустав был уничтожен. Мы воспользовались в этом случае прекрасной идеей проф. А. А. Лимберга—двухмоментной костной пластики нижней челюсти.

Вскоре при контрольных рентгеновских снимках мы обнаружили, что между левой горизонтальной ветвью и подбородочным фрагментом наступило полное сращение по видимому в результате пррпитации от предыдущей костной операции.

Затем в течение короткого срока больному были изготовлены зубные протезы для верхней и нижней челюстей таким образом, что на оставшиеся зубы справа

сделаны металлические коронки, к которым в виде отростков влево приварены гнезда для фарфоровых зубов.

Временный протез с каучуковой пробкой удален. Больной получил прекрасный жевательный аппарат. На этом мы считаем задачу восстановления законченной.

На рис. 330 и 331 результат операции.

АНКИЛОЗЫ ЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Причины возникновения анкилозов очень разнообразны. По Дюфурмантелю (Dufourmantel) в 27% случаев—это травма, затем поражения ушного, зубного происхождения, скарлатина, дифтерит и гонорея.

У мужчин анкилозы травматического происхождения чаще, чем у женщин. В большинстве случаев анкилозы челюстного сустава бывают полными. Суставная головка соединена костной спайкой с суставной впадиной. Нижняя челюсть, особенно у молодых субъектов, при существовании анкилоза резко деформируется. Деформации эти бывают различного характера в зависимости от того, является ли анкилоз одно- или двусторонним. Независимо от того, поражены ли оба сустава или только один, всегда наблюдается атрофия нижней челюсти, особенно в тех случаях, где анкилоз наступил в раннем детстве. Наибольшие степени атрофии уродуют лицо и придают ему форму «птичьего профиля».

Анкилозы наступают чаще в детском возрасте.

Анкилозы челюстного сустава могут быть частичными и полными.

Полный анкилоз может локализоваться в разных точках сустава, например в задней половине его; при этом сохраняется некоторая подвижность сустава или сращен только *cond. maxillaris*. Иногда анкилоз вызывает внесуставные сращения или же сращение апофиза *proc. coronoideus* со скуловой дугой или с *tuberositas maxillae*. Во время операции, найдя суставную головку неизменной, нужно не переходить немедленно на обнажение противоположного сустава, а внимательно обследовать сустав, помня о разнообразии локализации сращений.

В большинстве случаев анкилозы бывают полными: при этом образуется костное сращение между суставной головкой и височной костью.

Диагностика анкилозов нижней челюсти может иногда представить значительные затруднения. Важно в каждом случае решить, не зависит ли неподвижность челюсти от травмы или рубцовой контрактуры.

Рентгеновские снимки обоих челюстных суставов, исследование мышц и состояния слизистой могут в большинстве случаев дать правильный ответ.

Только оперативное лечение дает результаты при анкилозе нижней челюсти; все остальные способы—это излишняя проволочка. Операция производится под местной анестезией и состоит в резекции сустава. Главная трудность этой операции заключается в трудном подходе к суставу при непосредственной близости к нему ряда важных органов, лежащих на пути к нему или позади него, а именно ствола и веточек лицевого нерва и околоушной железы. Позади челюсти проходит а. *carotis* и венозное сплетение. Плотность костей в этом месте также усложняет операцию.

Стремясь избежать этих трудностей, ряд хирургов предлагает производить остеотомию вдали от сустава на вертикальной и горизонтальной ветвях. Предложено много разрезов для обнажения челюстного сустава (Микулич, Олье, Дельбе, Дюфурмантель и др.). Мы пользовались или разрезами Дюфурмантеля или же чаще разрезом Олье, представляющим прямой угол, открытый впереди, с вершиной, расположенной на уровне суставного отростка.

Приподняв кожный лоскут, проникают в глубину до кости. Небольшое кровотечение из вен и поверхностной височной артерии легко останавливается. Осторожно проходя в глубину, обнажают сустав. Так же как и всюду при пластике сустава, при резекции челюстного сустава желательно оформить суставные концы наподобие нормального сустава. Отделять головку поэтому следует на



Рис. 340



Рис. 341

стями никакой закладки. Наложен глухой шов. *Prima intentio*. На рис. 341 результат операции через три месяца.

Случай 61

Больная, девочка, 4 лет. Полный костный анкилоз правого челюстного сустава неизвестной этиологии.

Экономная резекция головки сустава.

На рис. 342 результат операции через два месяца.

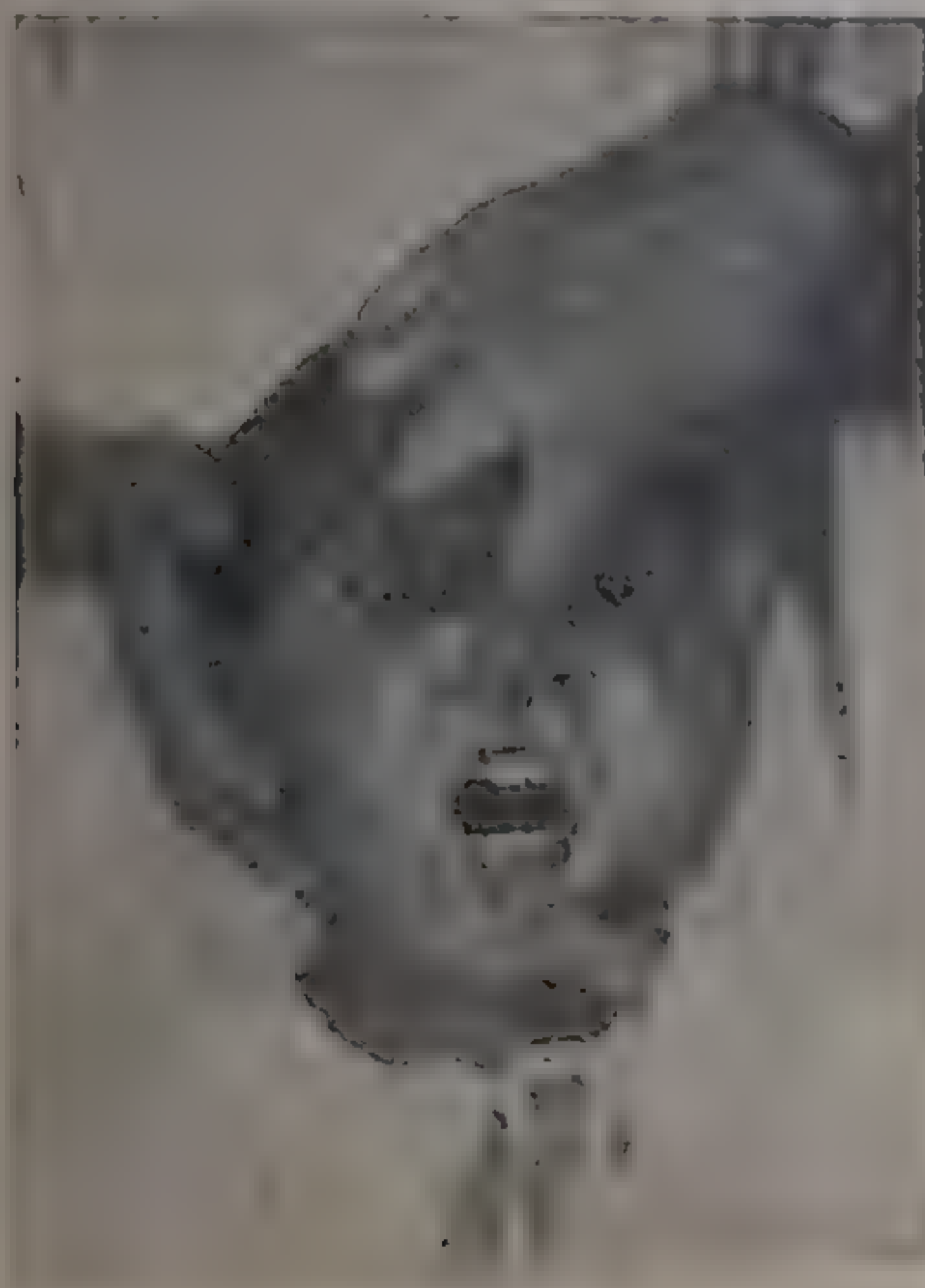


Рис. 342

ТВЕРДОЕ НЁБО И ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДОГО НЁБА ЛОСКУТОМ КОЖИ НА КРУГЛОМ СТЕБЛЕ ПО ФИЛАТОВУ

Передко оперативное восстановление люетических и огнестрельных дефектов твердого нёба наталкивается на очень большие трудности. Этому препятствуют обширность разрушения и отсутствие вокруг дефекта достаточного количества слизистой. Там, где строго интраоральные способы (Мангенбек, Лен, Брафи, Эрнст, Львов и др.) оказываются бессильными, за последние годы стали употреблять трансплантацию в полость рта лоскута кожи во всю толщину на ножке по Краузе (Krause). Стебель по Филатову открывает в этом отношении большие перспективы.

В хирургической литературе этому способу посвящено очень мало работ. В пяти случаях для закрытия дефекта твердого нёба мы употребили кожу груди, перенесли ее в полость рта на стебле по Филатову.

В доступной нам литературе мы нашли применение этого же способа у Пикерриля, а также в работе Крестовского¹. Ссылаясь на неопубликованный материал проф. Лимберга (5 случаев), Крестовский приводит одно собственное наблюдение. Таким образом опыт и литература по этому вопросу невелики.

Ряд хирургов широко пользуется пересадкой кожи в полость рта для восстановления различных разрушений слизистой. Однако они выкраивают лоскуты кожи по Краузе на шее и проводят их в полость рта через специально образованную рану в дне рта.

Дефекты твердого нёба можно разумеется закрыть неоперативным путем, изготовив протез-обтуратор. Последний исправляет фонацию и предупреждает попадание пищи в нос, но в этом случае больной целиком зависит от протеза. Поэтому указанный способ вполне удовлетворительным считать нельзя, и помириться с протезом можно только в тех случаях, когда нет никакой возможности закрыть дефект пластически.

Величина дефекта, обширность рубца и отсутствие достаточного количества нормальной слизистой вокруг дефекта иногда не позволяют использовать какой-либо из интраоральных способов. Поэтому для закрытия дефекта твердого нёба в этих случаях мы пересаживали в полость рта лоскут кожи на филатовском стебле.

Кратко остановимся на технике операции: первый акт—образование филатовского стебля; второй акт—подготовка лоскута кожи на дистальном (лоскутном) конце стебля; третий акт—перенесение лоскута в полость рта.

Первые два акта могут быть произведены при любой анестезии, третий акт необходимо обязательно провести под анестезией местной.

Первый акт. Филатовский стебель может быть образован: а) на шее по ходу m. sterno-cleido-mastoideus, основанием (питающий конец) у сосцевидного отростка и дистальным (лоскутным) концом несколько ниже грудино-ключичного

¹ Цов. хирург. архив, № 96, 537, 1931.

сочленения; б) на груди—питающий конец в области плечевого сустава, лоскутный конец в области мечевидного отростка грудины.

Второй акт—выкраивание лоскута у дистального лоскутного конца стебля. Эта часть операции подготавливает лоскут к предстоящему ограниченному кровоснабжению лишь из филатовского стебля.

Будущий лоскут выкраивают и отделяют от материнской почвы, причем сохраняют его связь с последней на месте прикрепления лоскутного конца круглого стебля. После отделения под лоскут подкладывают свинцовую пластинку толщиной в 2—3 мм, по форме соответствующую лоскуту. Лоскут укладывают обратно на свое место и пришивают к краям материнской почвы швами из конского волоса. Свинцовая пластинка препятствует сращению между лоскутом и материнской почвой и способствует развитию кровоснабжения лоскута через филатовский стебель. Совершенно ясно, что этот акт требует тщательной асептики.

За последние годы мы перестали вкладывать свинцовую пластинку, ограничиваясь только выкраиванием лоскута.

Последний, третий, акт—перенесение лоскута в полость рта,—производится через три дня. Эта часть операции должна проводиться обязательно под местной анестезией, так как помощь со стороны больного во время операции является обязательным условием возможности выполнения самой операции. Помощь же больного заключается в принятии соответствующей позы и в выполнении указаний хирурга.

Освежив края дефекта твердого нёба, распатором отслаивают остатки слизистой. Отслоить слизистую необходимо как можно шире для того, чтобы получить как можно большую площадь соприкосновения между трансплантатом и слизистой. Выкросенный три дня назад лоскут вместе со стеблем отделяют вновь и окончательно от материнской почвы и приступают к пришиванию лоскута к освеженной поверхности дефекта.

Предварительно края лоскута подвергаются некоторой обработке для создания большей поверхности соприкосновения с остатками отслоенной слизистой твердого нёба.

Края лоскута освежают так, как показано на рис. 343, т. е. удаляют *corium*, отступя от края лоскута примерно на 4—5 мм. Освеженные края лоскута в виде клина войдут под отслоенную слизистую твердого нёба. Только теперь начинается вшивание лоскута. Наложив матрасные швы на слизистую нёба, прошивают на соответствующих точках этими же швами лоскут, находящийся еще вне полости рта. Закончив эту манипуляцию, просят больного пригнуть голову к плечу. Пристроив лоскут в его ложе освеженными краями под отслоенную слизистую, завязывают матрасные швы. Чтобы удержать голову в надлежащем положении, пришивают мочку уха к плечу.

Эта трудная и кропотливая часть операции требует терпения от хирурга и больного в равной степени.



Рис. 343

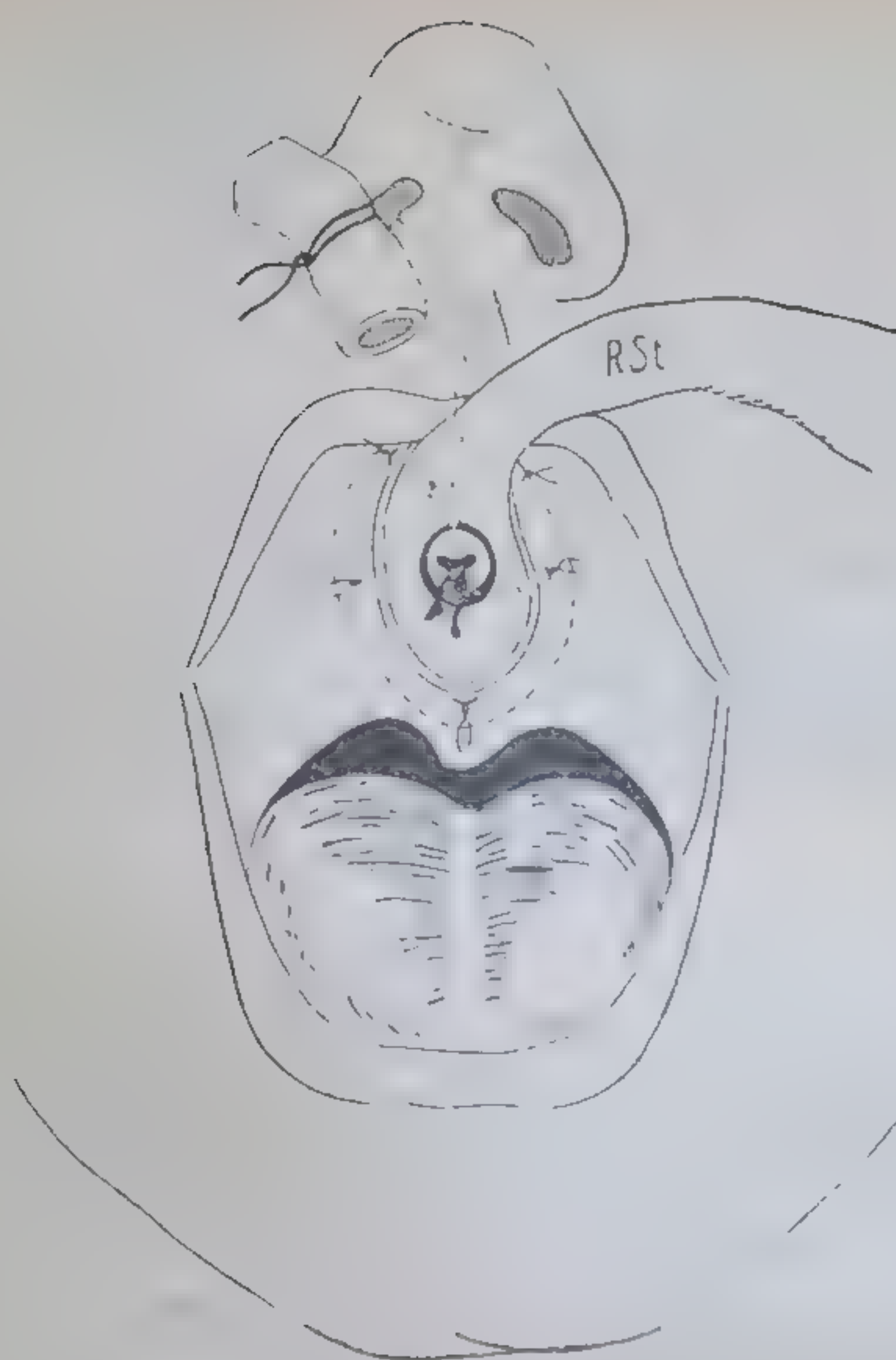


Рис. 344

Для того чтобы надежнее удержать лоскут в его новой позиции, прокалывают его центр ниткой, один конец которой остается в полости рта, а другой через полость носа и ноздрю выводится наружу. На конце нитки, находящейся в полости рта, завязывают перламутровую пуговицу, на конце, выведенном через ноздрю, — дренажную трубку, подтянув лоскут. Назначение этого шва — удержать лоскут в его новой позиции на случай раннего прорезывания матрасных швов (рис. 344). Бережливое отношение к тканям — обязательное условие успеха операции.

Перед операцией рот должен быть санирован. 8-образная повязка из марлевых бинтов вокруг головы и плеча и упомянутый шов на мочку уха удерживают голову больного в желаемой позе.

В первые дни после операции больной получает большое количество наркотических (морфий, пантопон); пища жидкая. На 4—5-й день начинают обильное промывание полости рта теплой водой. На 18-й день стебель отсекается, и лоскут окончательно прилаживается в полости рта. Филатовский стебель в зависимости от надобности или удаляют, или он идет на дальнейшее построение. На рис. 344 схематически изображается последний акт операции.

Стежки матрасных швов на рис. 344 показаны неправильно, узел должен быть на лоскуте. Пунктиром вокруг лоскута показаны истинные границы последнего. Освеженная часть лоскута находится под отслоенной слизистой. Густым пунктиром показана лигатура, пронизывающая лоскут и выходящая одним концом в рот, другим через полость носа и ноздрю — наружу.

Случай 65

Больной М., русский, 17 лет. Врожденный сифилис; дефект нёба. Пища попадает в нос; гнусавая, неразборчивая речь. Проведен предварительный курс специфического лечения. Со стороны внутренних органов особых изменений нет. Реакция Вассермана в настоящее время отрицательна.



Рис. 345



Рис. 346

Вся передняя половина твердого нёба и часть альвеолярного отростка заняты овальным сквозным дефектом. Передние зубы, лишенные костной опоры, частью обнажены и держатся лишь на мягких тканях. Удалены все пораженные и лишенные опоры резцы (рис. 345).

2 апреля 1930 г. образован филатовский стебель основанием (питающий конец) у головки левого плеча и дистальным концом (лоскутный) в области мечевидного отростка грудины.

20 апреля 1930 г. второй акт. Местная анестезия. Выкроен лоскут у дистального конца филатовского стебля. Под лоскут имплантирована свинцовая пластинка. Лоскут уложен вновь на место и пришит к краям материнской раны конским волосом.

22 апреля 1930 г. третий акт. Местная анестезия. Лоскут вместе со стеблем



Рис. 347



Рис. 348

отделен от материнской почвы и пришит к освеженному дефекту твердого нёба так, как это описано выше. 8-образная марлевая повязка удерживает голову в нужной позе.

Гладкое послеоперационное течение (рис. 347).

10 мая 1930 г. стебель отсечен и удален. После удаления избытка жира передний край лоскута прижат к слизистой альвеолярного отростка. 15 мая 1930 г. сняты швы. 20 мая 1930 г. прекрасный результат. Полное восстановление твердого нёба (рис. 346 и 348). Отсутствующие передние зубы восполнены протезом. Гнусавость исчезла совершенно; нормальная речь.

Случай 66

Больная Ф. Обширный люэтический дефект твердого нёба (рис. 349 и 350). Гнусавая, неразборчивая речь. Проведен массивный специфический курс лечения. Произведена санация полости рта. Образован филатовский стебель: питающий конец в области плечевого сустава, лоскутный — в области мечевидного отростка грудины.



Рис. 349



Рис. 350



Рис. 351



Рис. 352

Первичное натяжение. Больная вернулась для окончания операции через два месяца.

27 декабря 1934 г. операция. Местная анестезия. Дефект нёба освежен. Остатки слизистой широко отслоены. У дистального конца стебля выкроен митрообразный лоскут. Края его освежены в виде клина. Лоскут пришит матрасными швами к освеженной слизистой.

Чтобы уничтожить влияние тяжести стебля на лоскут и уменьшить натяжение в последнем, стебель подшит за краешек одним швом к красной кайме верхней губы.

Мочка уха пришита к коже плеча. 8-образная повязка. Гладкое послеоперационное течение.

17 января 1935 г. под местной анестезией стебель отсечен у питающего и лоскутного конца. Передний край великолепно прижившего лоскута после удаления избытка жира вживлен к краю альвеолярного отростка.

На рис. 351 и 352 результат операции.

Позднее изготовлен зубной протез.

Случай 67

Больная, казанская татарка, девочка, 12 лет. Врожденный сифилис. Переведена из венерического отделения, где проведено несколько курсов антилюетического лечения. Дефект твердого нёба величиной $1,5 \times 2$ см. В одной из городских больниц была сделана неудачная попытка закрыть дефект по Лангенбеку. После операции дефект сделался несколько больше.

Техника настоящей операции ничем не отличалась от техники предыдущей за исключением расположения филатовского стебля. Последний был образован по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* питающим концом у сосцевидного отростка, лоскутным в надключичной ямке. Подобное расположение стебля освобождало больную от вынужденного положения головы и было сделано ввиду возраста пациентки.

Операция произведена в 1927 г.

На рис. 353 вид больной со стеблем, пересаженным в полость рта.



Рис. 353

ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Обширные огнестрельные повреждения верхней челюсти обычно сопровождаются разрушением мягких частей и описаны в различных главах этой работы: челюсть, комбинированные повреждения и т. д.

Изолированные разрушения альвеолярного отростка хорошо реставрируются протезами.

Различные повреждения, сопровождающиеся вскрытием гайморовой полости в разных частях, требуют каждый раз в зависимости от разрушения той или иной операции в комбинации с восстановлением мягких тканей.

Не приходится говорить о том, что костная пластика при повреждениях верхней челюсти имеет ограниченное применение.

При полном отсутствии верхней челюсти после удаления ее по поводу злокачественных опухолей хорошо построенный протез обычно исправляет фонацию и предупреждает затекание пищи в нос.

Приводимые ниже два случая иллюстрируют сказанное.

Случай 68

Больной Я., дагестанец, 40 лет. 12 дней назад получил удар кинжалом по лицу, который прошел поперек носа, рассек мягкие ткани щек, твердое нёбо, переднюю полуокружность верхней челюсти и язык на половину его толщины. Отсеченная часть повисла на мягких тканях вблизи углов рта.

Первой попавшейся под руки тряпкой, больной приладил отсеченную часть лица на место.

К нам в отделение больной явился с мадерированной раной. Вследствие тяжести отсеченная часть осела вниз. Как результат этого носовые ходы оказались разобщенными. Носовое дыхание отсутствует. Отсеченная часть челюсти на длину коронки зуба ниже уровня остальных зубов. Нарушен прикус.

На рис. 354, 355 и 356 вид больного после заживления раны.

План операции не составлял особых трудностей.

Мы решили рассечь свежее сращение, установить все на свое место и фикс-

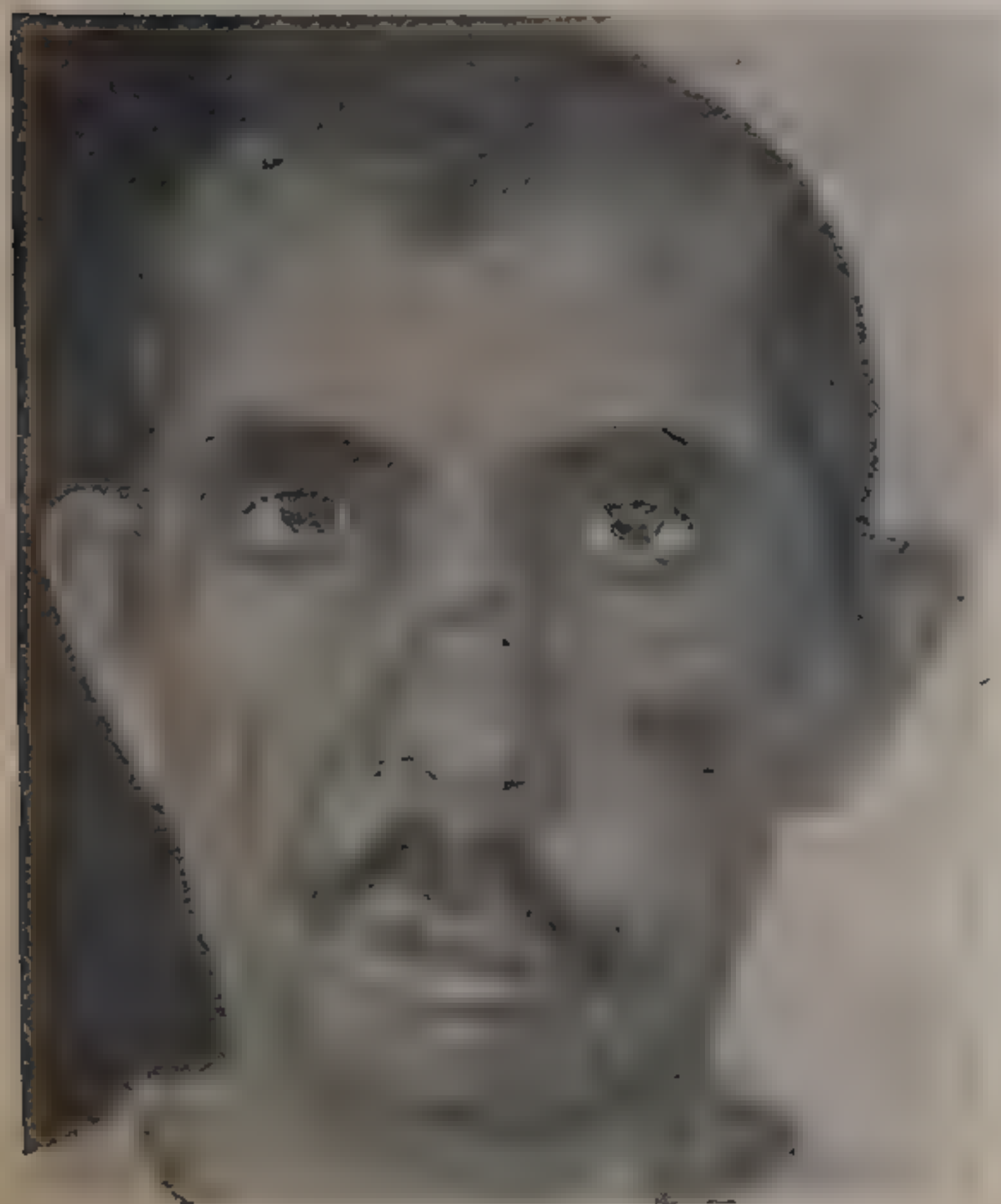


Рис. 354



Рис. 355

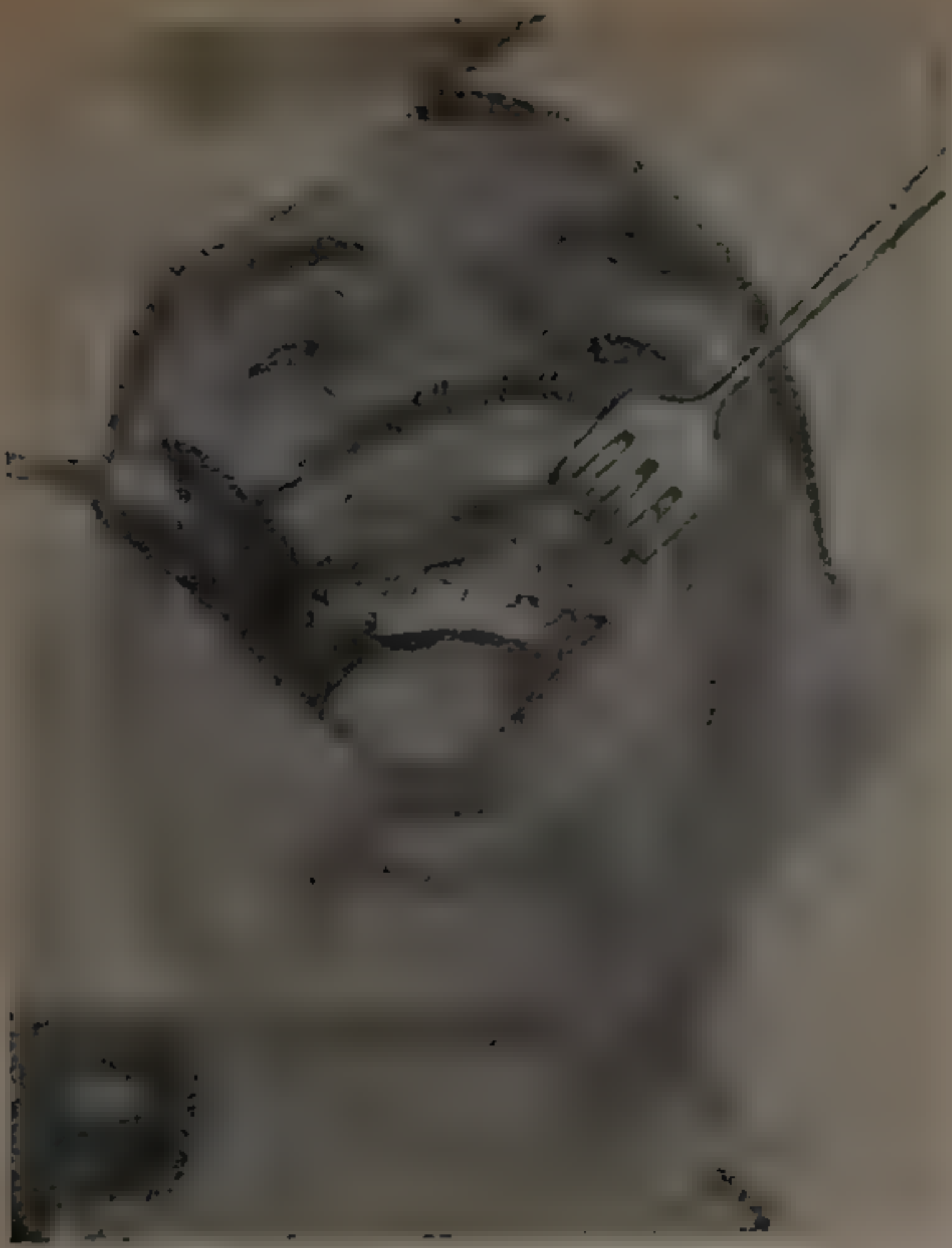


Рис. 356



Рис. 357

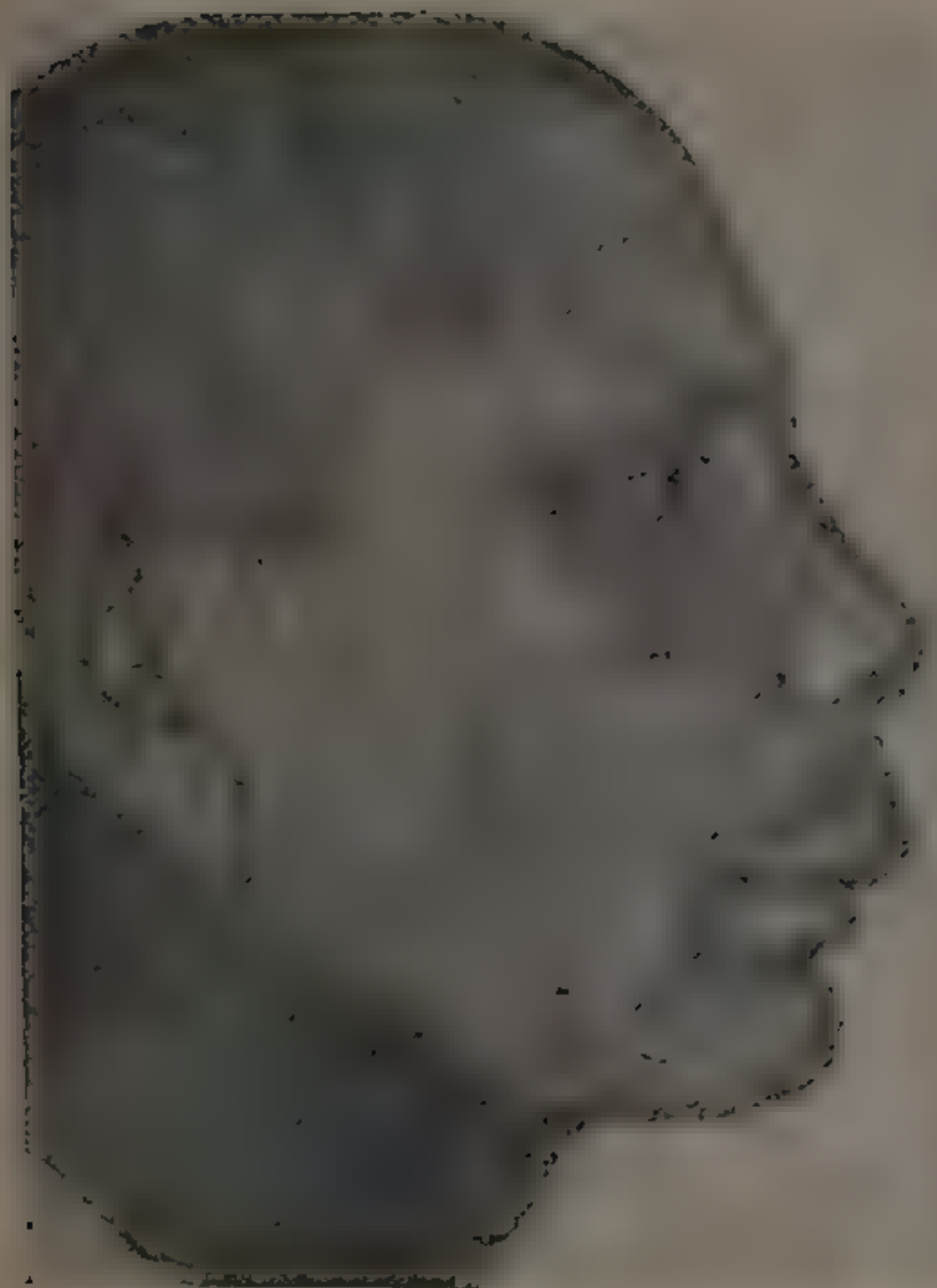


Рис. 358

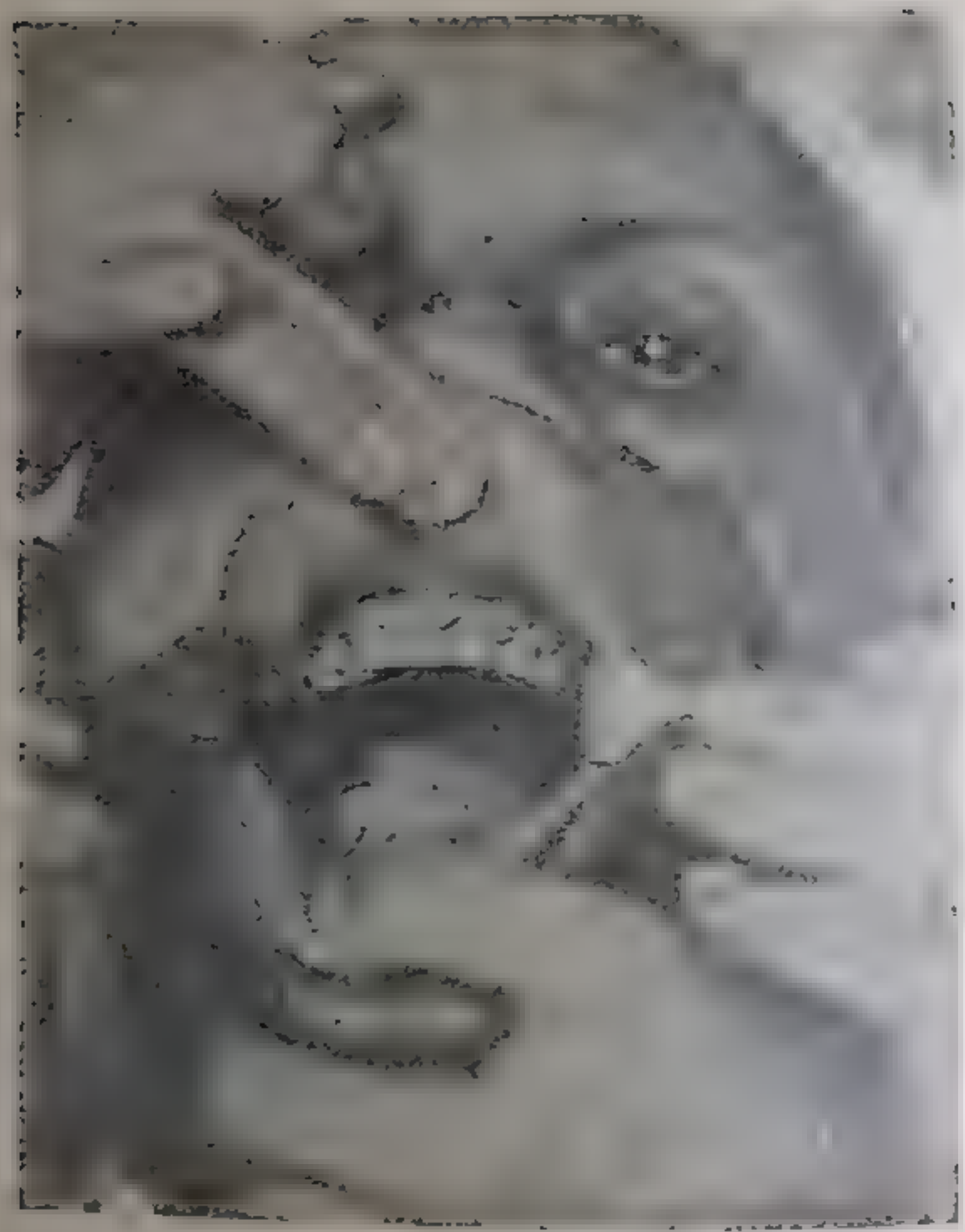


Рис. 359

спроводить надежно в нормальном положении отсеченную часть. Аа: angularis oris обеспечивали питание этого большого органонидного лоскута.

22 февраля 1927 г. операция. Местная анестезия. Разрез по рубцу. Лоскут отвернут вниз. Мобилизованная часть лица установлена в нормальное положение. Со стороны слизистой сшиты кетгутом носовые ходы, твердое нёбо и слизистая щек. Наложены швы из конского волоса на кожу. В носовые ходы введены дренажные трубки.



Рис. 360

Верхняя челюсть удерживается в нормальном положении, замкнув нижнюю. Для этого наложена импровизированная повязка: к пояску вокруг головы пришит бировский бинт; натяжение последнего удерживает рот в желаемом состоянии (рис. 360). Гладкое послеоперационное течение. На рис. 357, 358 и 359 результат операции через две недели. Носовые ходы восстановлены полностью. Прикус нормальный и косметический результат неплохой.

Случай 69

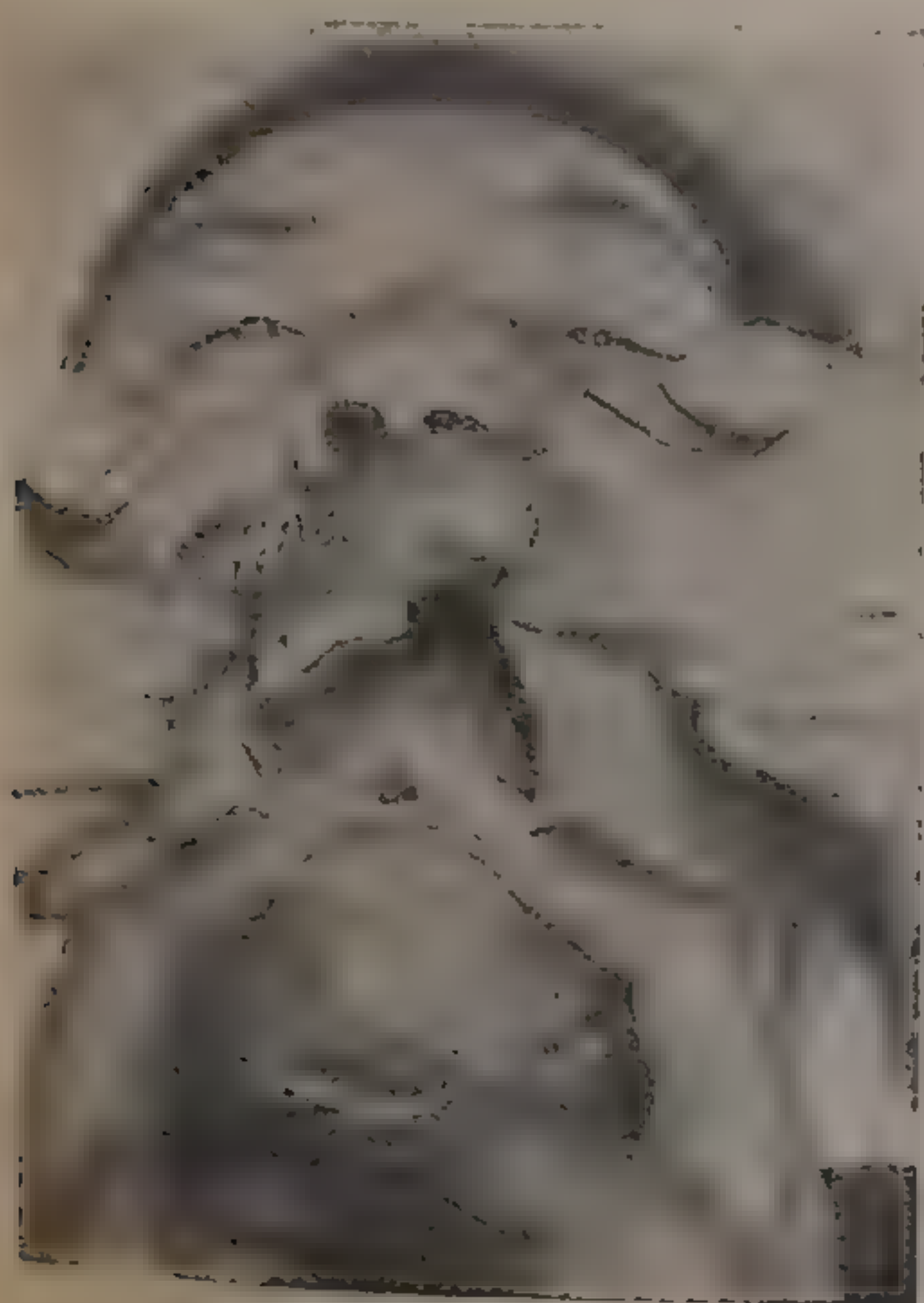


Рис. 361

Больной Д., 55 лет. У нас в отделении 7 месяцев назад удалена левая половина верхней челюсти по поводу злокачественной опухоли.

На рис. 361 хорошо видна огромная пещера, которая существует на месте бывшей челюсти.



Рис. 362



Рис. 363

Наш протезист Б. Г. Крейнин изготовил больному протез (рис. 362), который хорошо выполнил полость. Протез исправил фонацию, прекратил доступ воздуха в нос и приподнял западающую щеку. На рис. 363 протез *in situ*.

Разрушения носа зависят от самых разнообразных причин. Особенно часто встречаются травматические повреждения—огнестрельные, кинжальные и сабельные раны—во время войны. В мирных условиях тупые насилья, сифилис, волчанка, *frambæsia*, *gangosa* также ведут к потере тканей носа и различным обезображиваниям последнего.

Размеры разрушения самые разнообразные—от повреждения кожи до полного отсутствия носа и нередко окружающих частей лица, особенно при ранении современными огнестрельными снарядами, обладающими большой живой силой.

Нос, как сказано в учебнике анатомии,—это «естественные наружные ворота дыхательных путей», «верхние воздушные пути»... «Образуемый этими частями выступ (нос) лицевой поверхности головы представляет только преддверие в самый орган чувств и, как ни различен бывает его вид у различных индивидуумов, имеет основной формой неправильную трехгранную пирамиду»¹.

Больные или—правильнее—часто совершенно здоровые люди с разрушенным носом страдают не столько от нарушения физиологической функции этого «выступа лицевой поверхности головы», сколько от тягостного обезображивания, связанного с дефектом. Может быть именно потому, стремясь облегчить тяжелые ощущения больных, хирургия направляла усилия к восстановлению лишь внешней формы носа: считалось достаточным покрыть дефект кожей, которая во время операции моделировалась в виде носа. Ближайшие месяцы разрушали труд хирурга и надежды больного. Новый нос сморщивался и деформировался. Только тогда стало ясно, что для правильной формы необходимо приближение к нормальной функции, что нос нужно строить как воздухоносный путь, для чего необходимо создать выстланную эпителием внутреннюю носовую поверхность,—только с этого времени ближайшие и отдаленные результаты стали удовлетворять и пациентов и хирургов; крылатая фраза: «до операции нос был безобразный, а после операции смешной» стала все реже служить оценкой усилий хирургов.

Новый нос или части носа должны быть построены из тех же частей и слоев, которые имеет нормальный нос,—это основное положение.

Восстановительная хирургия на сегодня интересуется тем, что называется в анатомии «наружный нос»—*nasus externus*, который состоит из: 1) остова, частью хрящевого, частью костного—суппорта; 2) мышц; 3) наружной кожи—покрытия; 4) внутренней выстилки носовой полости—слизистой.

Наружный нос имеет основной формой неправильную трехгранную пирамиду. Три поверхности ее, именно: и л и ж н я я (мы называем ее входом в нос), прободенная носовыми отверстиями, равно как и две б о к о в ы е, свободны. Эти поверхности мы называем скатами. Основной или прикрепленной поверхностью *basis nasi* наружный нос соединен с лицом. Обе боковые поверхности, скаты,

¹ Раубер, Учебник анатомии, т. IV, внутренности, 167.

сходятся по направлению к медиальной плоскости, встречаясь здесь по закругленному ребру. Спинка носа—*dorsum nasi*—по принятому у нас названию—носовой мост. Верхний конец, место соединения носа со лбом, называется корнем носа—*radix nasi*. Нижний конец спинки носа встречается с нижней носовой поверхностью в кончике носа—*apex nasi*; нижняя часть боковых поверхностей носа выступает сильнее прочих и подвижна; она образует крылья носа—*alae nasi*. Свободный край ее называется *margo nasi*. Неглубокая борозда *sulcus alaris* отделяет подвижную часть боковой стенки от неподвижной. Медиальную часть нижней поверхности образует самая нижняя часть носовой перегородки—*septum mobile nasi*, или *columella*. Крылья носа и *septum mobile* ограничивают два продолговатых, способных расшпиряться и суживаться отверстия, ноздри, *nares*.

Остов носа состоит из хрящевой и костных частей. Наружное покрытие его—тонкая кожа, легко подвижная. Внутренняя выстилка преддверия носа—слизистая оболочка—похожа по строению на наружную кожу.

Прежде чем приступить к составлению плана восстановления разрушенной части носа, необходимо тщательно изучить характер повреждения и окружающие его границы. Особое внимание следует уделить имеющимся остаткам тканей носа, подвижности кожи, распространению рубцов по плоскости и в глубину тканей. Самые ничтожные остатки крыльев или *columella* следует использовать с большой заботливостью, потому что они чрезвычайно облегчают задачу восстановления.

Восстановление какой бы то ни было части носа должно быть уподоблено ее естественному строению. Современная ринопластика ставит перед собой задачу восстановить не только форму, но и обязательно функцию носа—дыхательные пути, а эта задача достижима только тогда, когда новая часть имеет хорошую выстилку, что не менее важно и для получения стойкого эстетического результата. Старая жалоба хирургов на то, что красиво образованный нос вскоре теряет свою форму, обязана именно игнорированию этого обстоятельства.

Наружное покрытие обязательно должно иметь под собой костный или хрящевой суппорт для моста и выстилку, так как заживление раневой поверхности на наружном лоскуте без выстилки *per granulationem* немедленно коверкает форму нового носа, сужает входы в него и сводит весь результат операции к нулю.

Итак, ни одна новая часть носа не может быть построена без хорошей выстилки.

Материал для восстановления и фактура кожи, особенно наружного покрытия, должны соответствовать нормальной коже носа. С этой точки зрения кожа лба в виде индийского опускающегося лоскута представляет наилучший материал и дает прекрасные косметические результаты. И только в тех случаях, где кожа лба разрушена или пациент не согласен на почти незаметные рубцы после этой операции, мы прибегаем к перенесению кожного лоскута на филатовском стебле.

Здесь же уместно будет сказать относительно итальянского способа ринопластики, при котором кожа плеча переносится для наружного покрытия на нос. При этом верхняя конечность фиксируется к голове на 12—13 дней либо при помощи особых громоздких кожаных аппаратов, либо гипсовыми бинтами. Мучительная поза! Тяжелый аппарат для фиксации руки к голове или же жесткая гипсовая повязка нередко были причиной неудачи, так как больной при всем желании иметь нос не выдерживал этой позы и обрывал послеоперационное течение.

Филатовский стебель является гранью в ринопластике. Мы не сомневаемся, что пройдет еще совсем немного времени и итальянский способ будет иметь лишь исторический интерес, и не трудно представить себе почему.

При помощи филатовского стебля можно перенести кожу на лицо, не подвергая больного мучительным страданиям от вынужденной позы итальянского способа. Филатовский стебель создает лучший и более простой доступ к месту

операции, чем уложенная на голову верхняя конечность при итальянском способе.

Взамен громоздких аппаратов итальянского способа одна из наших помощниц С. Х. Чефранова предложила небольшую деталь, которая гарантирует надежное положение головы с перенесенным лоскутом, а именно—пришивание мочки уха к коже плеча.

И все-таки можно и нужно освободиться вовсе от вынужденных поз, что немного удлинит срок лечения. При филатовском стебле нет надобности ни в тяжелой и неудобной кожаной сбруе, ни в жестких гипсовых бинтах, которые все еще рекомендуются в некоторых последних руководствах по хирургии.

Часть авторов превращает стебель по существу в итальянский способ, выкраивая его для целей ринопластики в области локтевого сгиба. Верхняя конечность со стеблем переносится на голову, а стебель на нос, больной же обрывается на пребывание в очень тяжелой позе. Все преимущества стебля сведены к минимуму. Результат этот можно получить от любого лоскута с руки на ножке, и нет надобности удлинять срок лечения на образование филатовского стебля.

Возвращаясь к вопросу о восстановительном материале, укажем, что для выстилки мы обычно пользуемся опрокидывающимся лоскутами по соседству с дефектом даже если эти лоскуты содержат рубцы. Для образования суппорта мы предпочитаем реберный хрящ, который следует пересадить заранее в опрокидывающийся лоскут.

Пересадку хряща в наружное покрытие мы считаем ошибкой. Легче рассчитать заранее будущее положение короткого опрокидывающегося лоскута, чем длинного покрытия, а где и как расположится хрящ,—далеко не безразлично.

Итак, план операции составлен. Заранее решены вопросы о выстилке, суппорте и наружном покрытии. Больной готовится к последнему акту операции. В зависимости от того, откуда будет взят лоскут для покрытия, мы применяем тот или иной вид наркоза. При индийском способе, особенно при образовании верхушки носа, не желая подвергать опасности омертвления длинный лобный лоскут, мы применяем общий эфирно-масляный ректальный наркоз. Местная анестезия применяется при перенесении покрытия на филатовском стебле, так как в этих случаях больной, принимая надлежащую позу, облегчает пришивание лоскута к носу.

Очень много внимания следует уделить проходимости воздухоносных путей. Позднее, носовые проходы и vestibulum хорошо образуются при помощи вкладки Эссера.

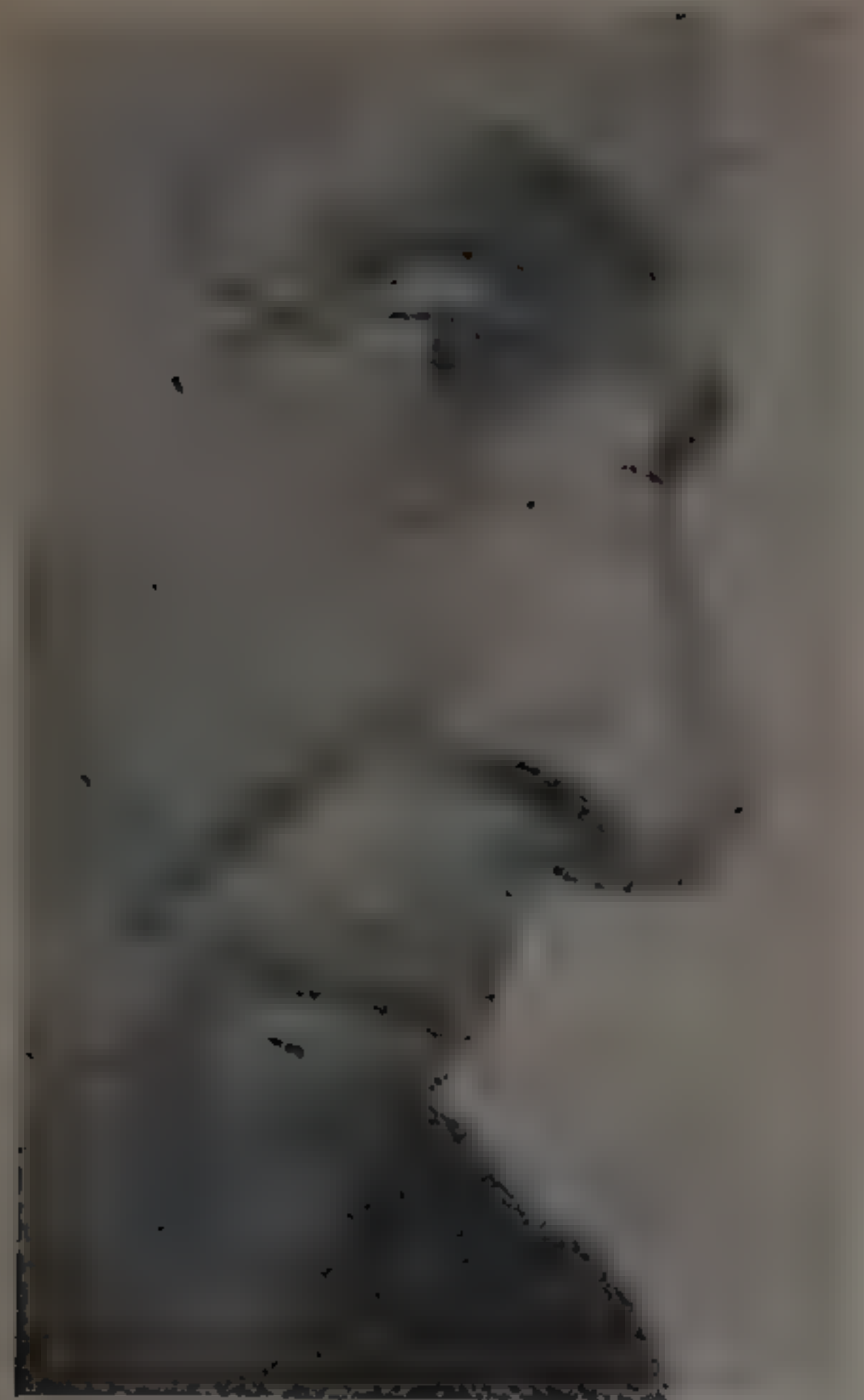
Детали образования columella будут описаны ниже. Приводимые нами случаи разбиты на несколько групп и расположены в порядке возрастающей сложности: 1) крыло носа и носовая перегородка; 2) повреждения кожи носа; 3) простой седлообразный нос; 4) повреждение средней трети носового моста с сохранением наружного покрытия; 5) сквозные повреждения средней и верхней трети; 6) разрушения верхушки носа; 7) полное разрушение носа.

Г р у п п а п е р в а я

В этой группе собраны случаи разрушения крыла носа и кожной части носовой перегородки.

КРЫЛО НОСА

При разрушении половины крыла удастся большей частью при помощи несложных способов удовлетворительно восстановить поврежденную часть, мобилизовав и удлинив для этого имеющийся остаток. При больших разрушениях необходимо построить новое крыло из двух листков—выстилки из опрокидывающегося лоскута, выкроенного рядом с дефектом, и наружного покрытия, которое может быть образовано из лобного лоскута или лоскута на филатовском стебле.



Больной Б., 52 лет. В течение десяти лет канкрондная язва на правом крыле носа величиной с полукопеечную монету.

20 октября 1926 г. операция. Местная анестезия.

Отступя на 1—2 мм от края язвы произведено иссечение последней вместе с подлежащими тканями. Свободный край крыла носа сохранен неповрежденным. Раневая поверхность покрыта свободным вольфовским трансплантатом, выкроенным на внутренней поверхности плеча. Трансплантат фиксирован к воспринимающим краям конским волосом и прижат степсом.

Полное приживание трансплантата.

На рис. 364 результат операции через два года.

Рис. 364

Случай 71

Больной Ш., 20 лет, рабочий-нефтяник. В трехлетнем возрасте получил удар копытом лошади в левую половину лица. На рану лица были наложены швы. После заживления остался дефект левого крыла носа.

На рис. 365 вид больного при поступлении в отделение. Разрушена большая



Рис. 365



Рис. 366

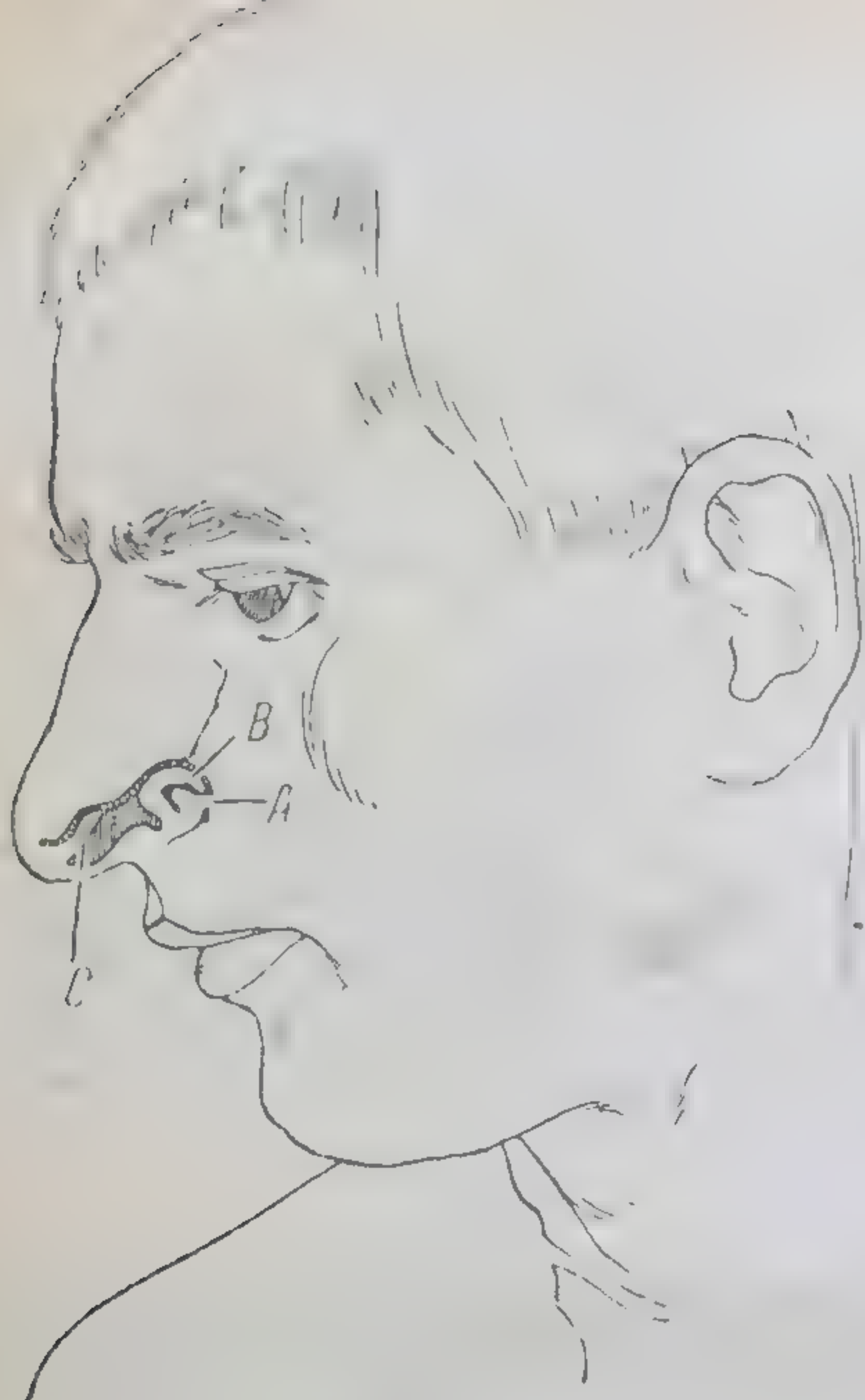


Рис. 367

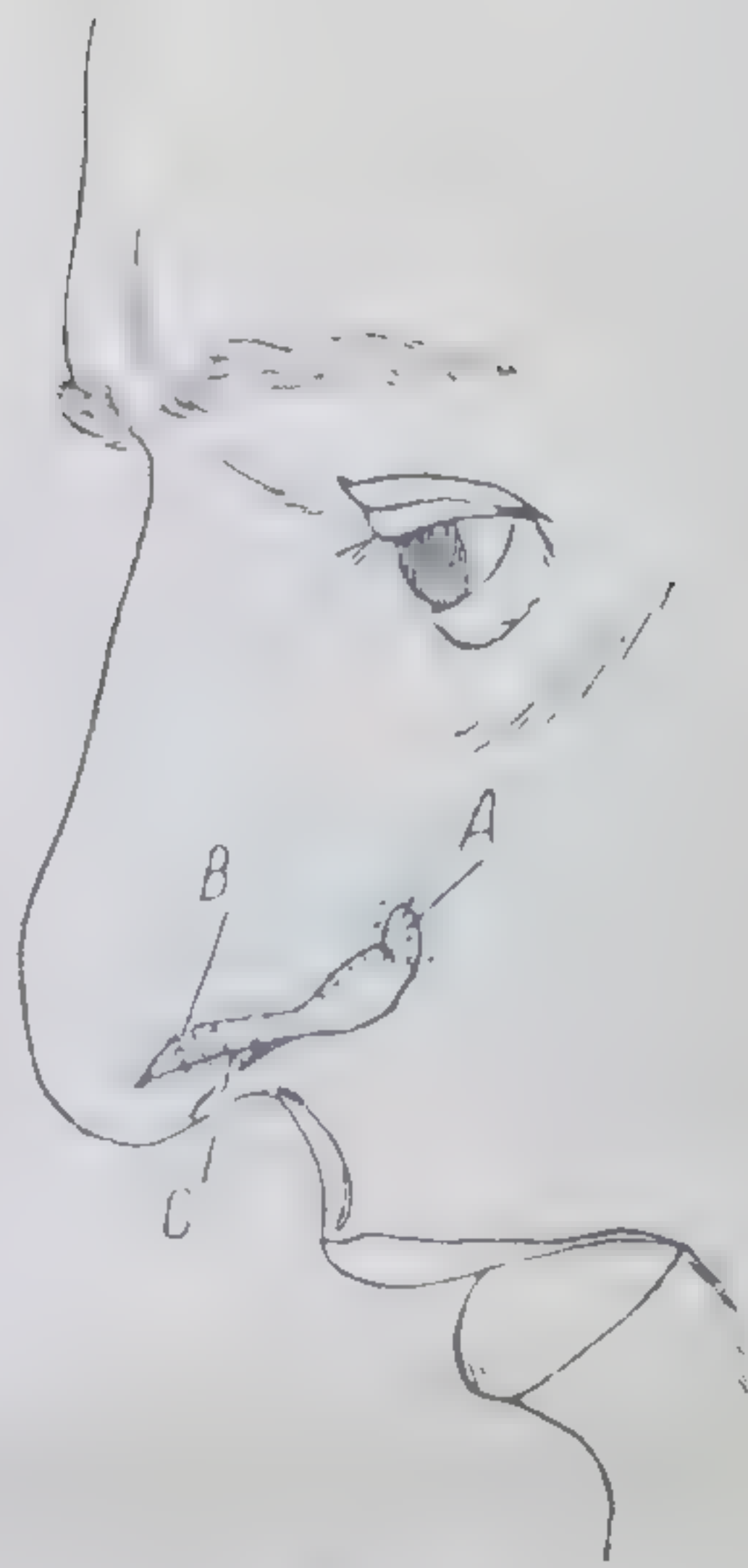


Рис. 368

часть левого крыла носа. Вдавленный рубец идет отсюда вверх к внутреннему углу глаза.

Для восстановления разрушенной части крыла носа использовали имеющийся остаточек.

15 мая 1934 г. операция. Местная анестезия. Сквозной разрез катарактальным ножом. Остаточек крыла выкроен так, как это показано на рис. 367. Для встречи образованного лоскутка *B* выкроена полоска *C*.

Операция закончена так, как это показано на рис. 368. Наложены швы из конского волоса снаружи и кетгутовые—в глубине тканей и изнутри.

Все зажило первичным натяжением. Левая ноздря получилась несколько меньших размеров в передней полуокружности вследствие натяжения лоскута *B*.

Через месяц—косметические поправки. Передняя полуокружность левой ноздри рассечена. Края раны окаймлены слизистой, чем увеличен размер отверстия.

На рис. 366 результат операции.

Случай 72

Больной Л., 26 лет, рабочий-нефтяник. Несколько лет назад получил удар инструментом в области правого крыла носа. После заживления раны остался дефект.

На рис. 369 вид больного при поступлении в отделение. Разрушена задняя половина крыла носа. Вокруг дефекта, особенно кзади, рубцовая ткань.

Восстановление было выполнено следующим образом. Местная анестезия. Кзади от дефекта выкроен треугольный опрокидывающийся лоскут *B* основанием к дефекту (для выстилки). У верхнего края дефекта во всю толщу носовой стенки выкроен опускающийся лоскут *A* основанием кпереди. Лоскут *B* повер-



Рис. 369



Рис. 370

нут эпителиальной поверхностью внутрь, сшит кетгутом с задним освещением краем опущенного на соответствующий уровень лоскута *A*. Лоскут *B*, образующий выстилку, кроме того сейчас удерживает лоскут *A* изнутри. Лоскут *B* пришит конским волосом. Выше лоскута *B* образовался дефект. Добротным разрезом образованы два лоскута *C* и *D*, сшивание которых закрыло дефект.

На рис. 371 и 372 схема операции. На рис. 370 результат операции через полгода.

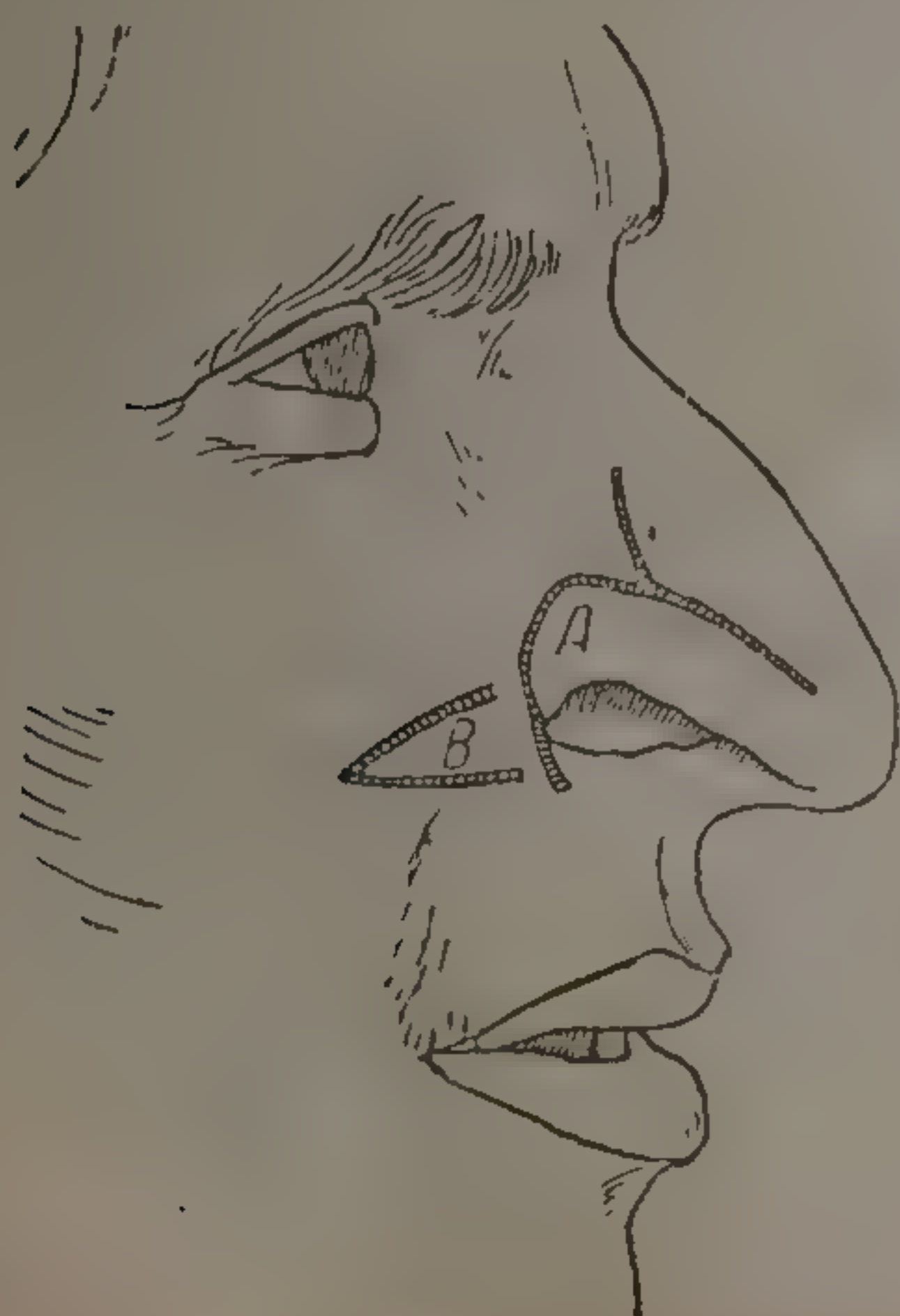


Рис. 371

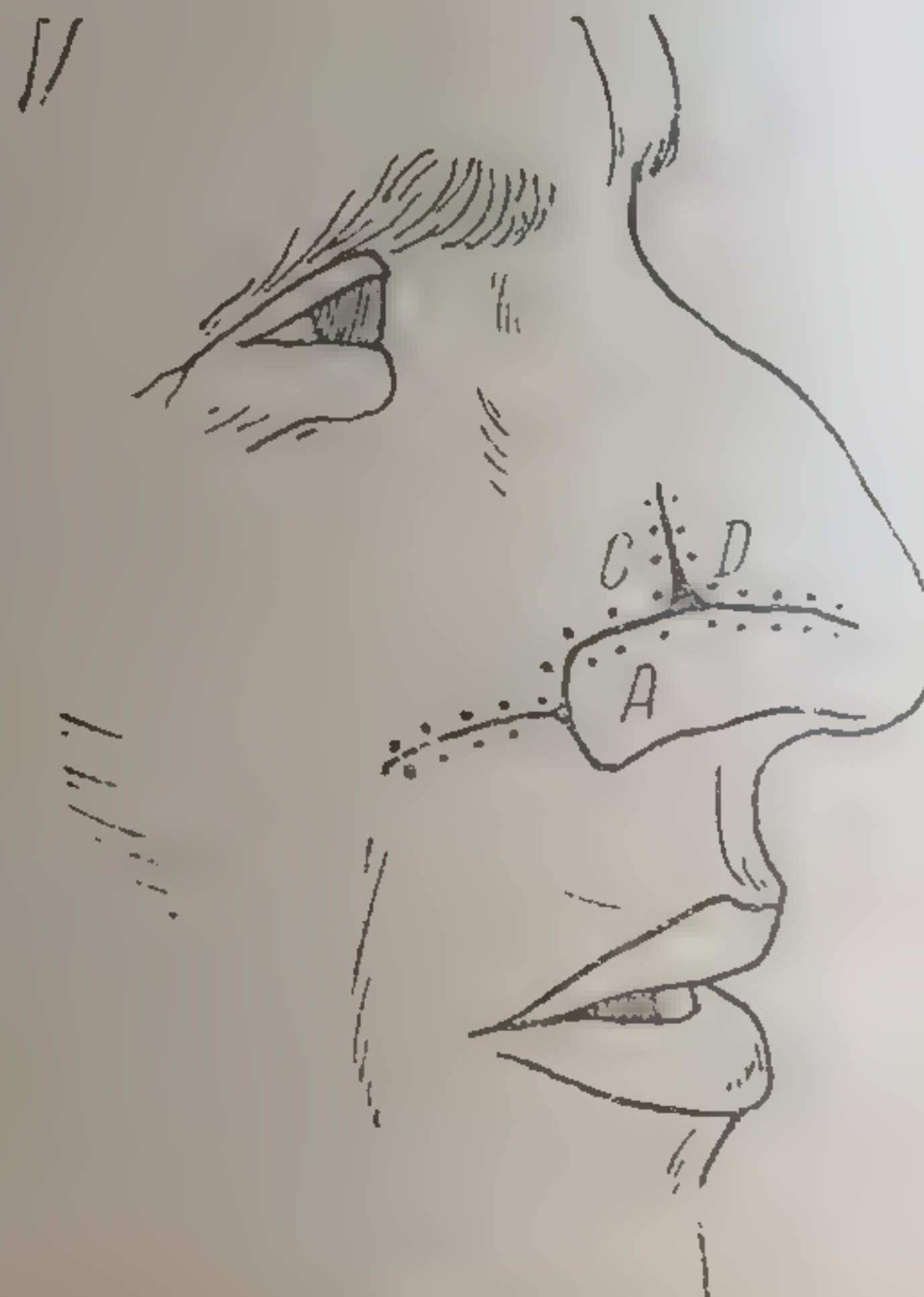


Рис. 372



Рис. 373



Рис. 374

Больной Т., 18 лет, колхозник из Шемахи. Год назад на внутренней поверхности верхушки носа появилась язва, после заживления которой осталось обезображивание. Получил несколько курсов специфического лечения, и к настоящему моменту реакция Вассермана отрицательна.

На рис. 373 вид больного при поступлении в отделение. Вдавленные и деформированные крылья носа, особенно справа. Верхушка носа осела, columella также потеряла свой хрящ и свой остов.

2 августа 1932 г. операция восстановления нормальной формы крыльев носа. Местная анестезия. Катарактальным ножом правое и левое крыло носа отсечены в месте прикрепления их к верхушке носа. Деформированная вогнутая часть крыльев удалена. Раневые края крыльев освежены в виде остроконечного клина, причем покатость наружного ребра этого клина больше внутреннего. Для приема клина на верхушке носа врезана соответствующая поверхность. Край наружного воспринимающего лоскута, т. е. край покрытия, срезан так, что он (край) сходит на-нет. Вследствие этого переход крыла носа в верхушку представляет собой продолжение одной выпуклой плоскости. Наложены кетгутовые швы изнутри и из конского волоса—снаружи. Заживление первичным натяжением.

На рис. 374 результат операции.

Случай 74

Больной К., 54 лет, кучер. Три месяца назад его укусила лошадь, схватив за нос, в результате чего имеется разрушение правого крыла носа.

На рис. 375 вид больного при поступлении в отделение.

План операции намечен в следующем виде: 1) выпилка образуется из опрокидывающегося лоскута, выкроенного выше дефекта; 2) наружное покрытие из индийского лоскута со лба.

17 февраля 1928 г. операция. Местная анестезия. На боковой стенке носа, выше дефекта, выкроен опрокидывающийся лоскут. А основанием к верхнему краю дефекта; остаток крыла по переднему свободному краю расщеплен на два листка—слизистую и кожу. То же сделано и по остальной границе дефекта



Рис. 375



Рис. 376

спереди (рис. 377). Опрокидывающийся лоскут повернут вокруг основания и пришит кетгутом к выстилке. Затем на лбу выкроен длинный мостовидный лоскут основанием на высоте внутреннего угла правого глаза. Свободный край этого лоскута *В* покрыл раневую поверхность крыла и бокового ската носа (рис. 378). Ножка и шейка лобного лоскута превращены в стебель (острый стебель). Рана на лбу стянута шелковыми швами.

Гладкое послеоперационное течение. На рис. 378 результат этой операции.

8 марта 1928 г. ножка лобного лоскута отсечена. Ножка расправлена и возвращена на лоб в освеженное для нее ложе. Раневой край лоскута по крылу соединен в соседний край.

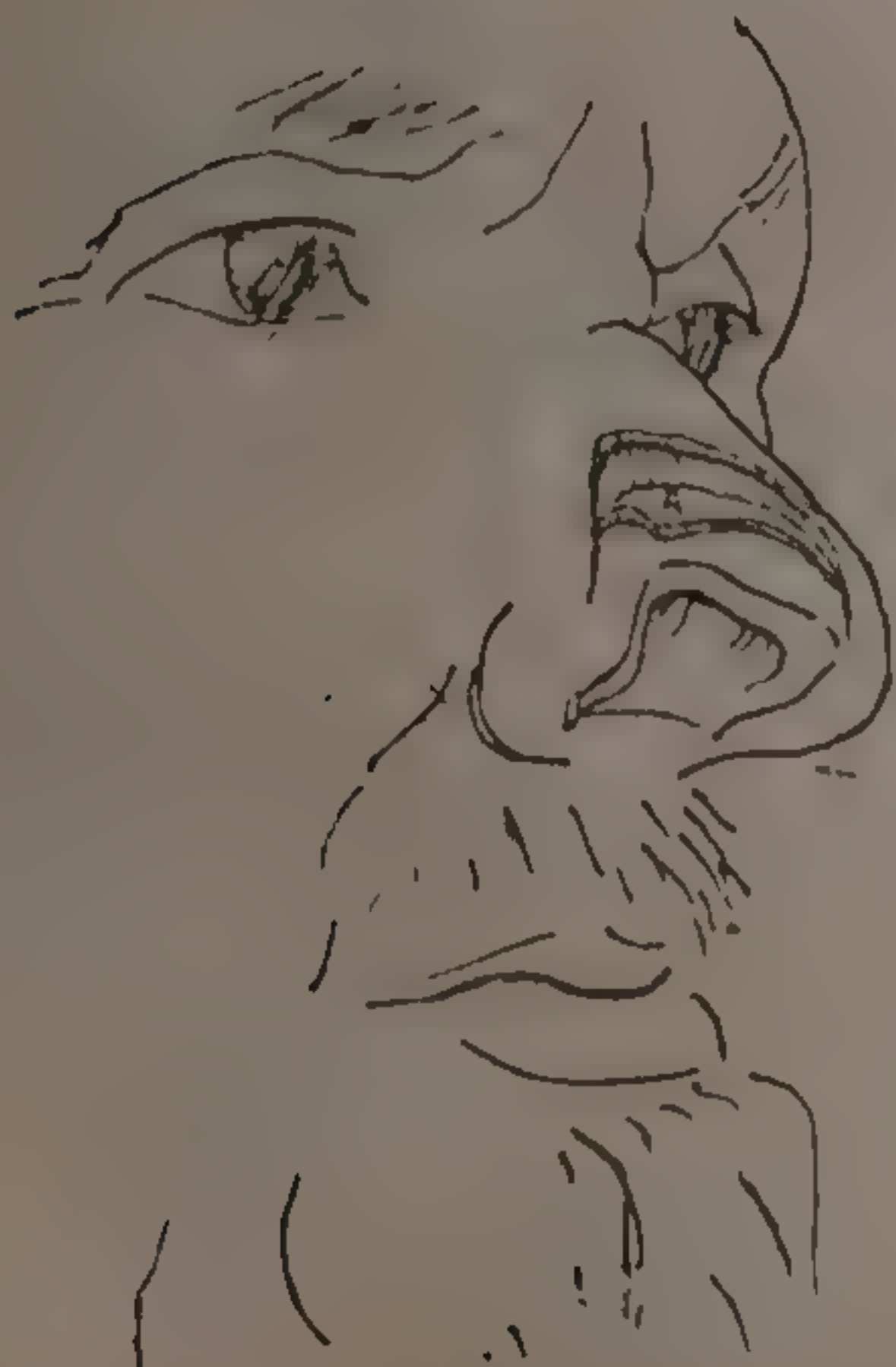


Рис. 377

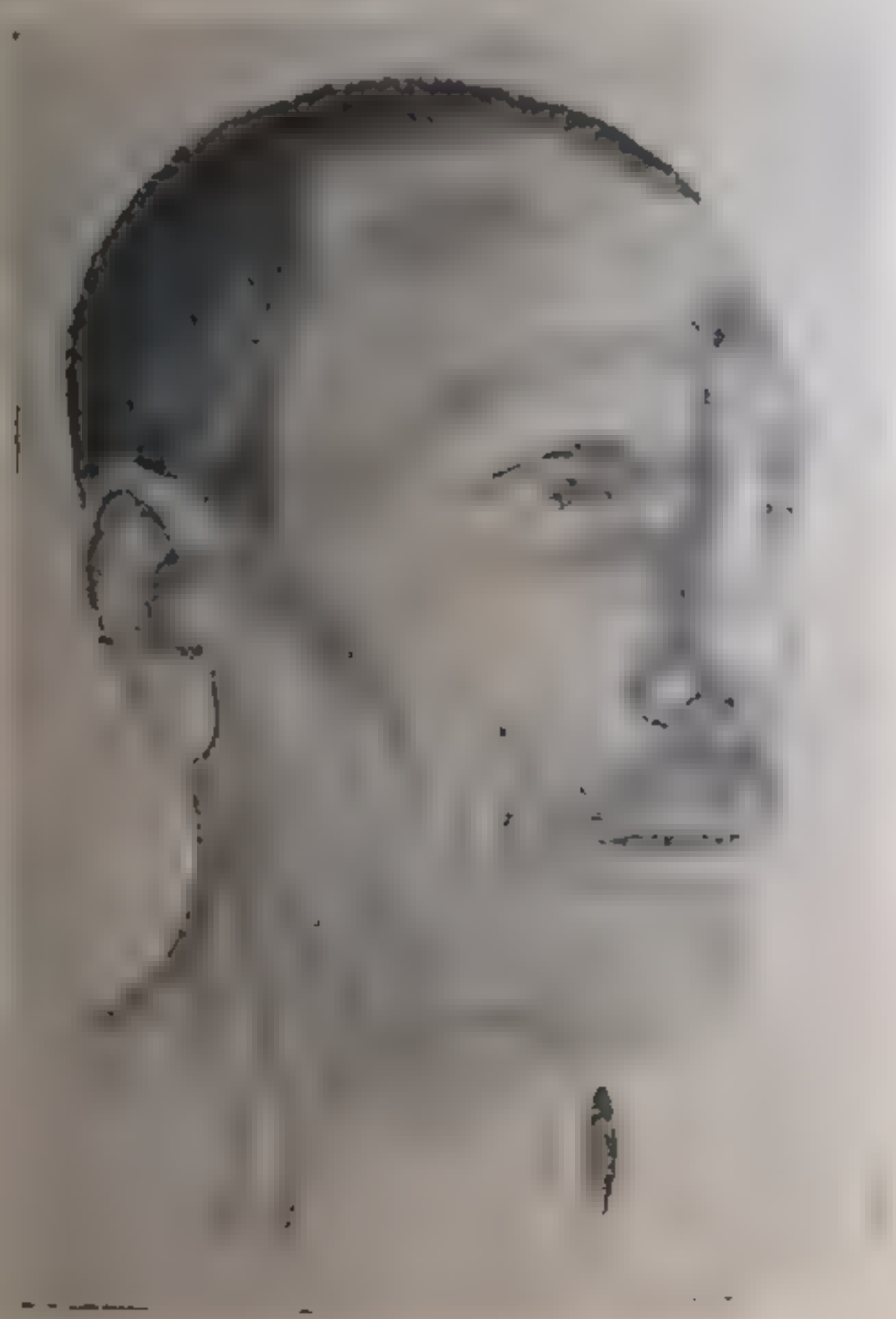


Рис. 378

На рис. 376 результат этой операции через полгода. Лоскут еще отечен. От дальнейших косметических поправок больной отказался, вполне удовлетворенный полученным результатом.

Случай 75

Больная Т., русская, 37 лет, домашняя хозяйка. 30 июня 1931 г. у нас в отделении вырезыванием сквозного дефекта пациентке была удалена канкроидная язва левой половины носа. Край дефекта был окаймлен слизистой путем сшивания ее с кожей.

На рис. 379 вид больной через шесть месяцев, когда она поступила вновь для закрытия оставшегося дефекта. В нижней половине левого ската носа большой овальный сквозной дефект, через который видна слизистая сошника.

Для образования за один раз выстилки и хрящевого суппорта мы решили использовать сквозной лоскут на ножке из сошника с тем, чтобы позже удалив слизистую с наружной поверхности этого лоскута, закрыть его тиршевским или каким-либо другим трансплантатом.

6 января 1932 г. операция. Местная анестезия. Край овального дефекта освежены и расщеплены на два листка, внутренний и наружный, по всей окружности за исключением передней четверти. Затем из сошника, через дефект, вырезан сквозной лоскут, по форме и размерам соответствующий дефекту. Лоскут сошника, покрытый с обеих сторон слизистой, имеет основание впереди. Свободный задний край слизистой хрящевого лоскута вставлен между расщепленными краями раны дефекта. Швы через край лоскута выведены изнутри наружу через кожу. Швы эти удерживают лоскут в необходимом положении.

Хрящевой лоскут прекрасно прижился за исключением небольшого участка кзади у крыла носа (рис. 381). Остается убрать слизистую, покрывающую наружную поверхность прижившего слизисто-хрящевого лоскута, покрыть его нормальной кожей.

26 января 1932 г. операция. Местная анестезия. Слизистая, покрывающая наружную поверхность хряща, удалена. Край кожи на месте перехода в хрящ освежены. На внутренней поверхности плеча вырезается вольфовский трансплантат, уложенный на освеженную поверхность хряща. К краям раны трансплантат пришит конским волосом и прижат стенсом.

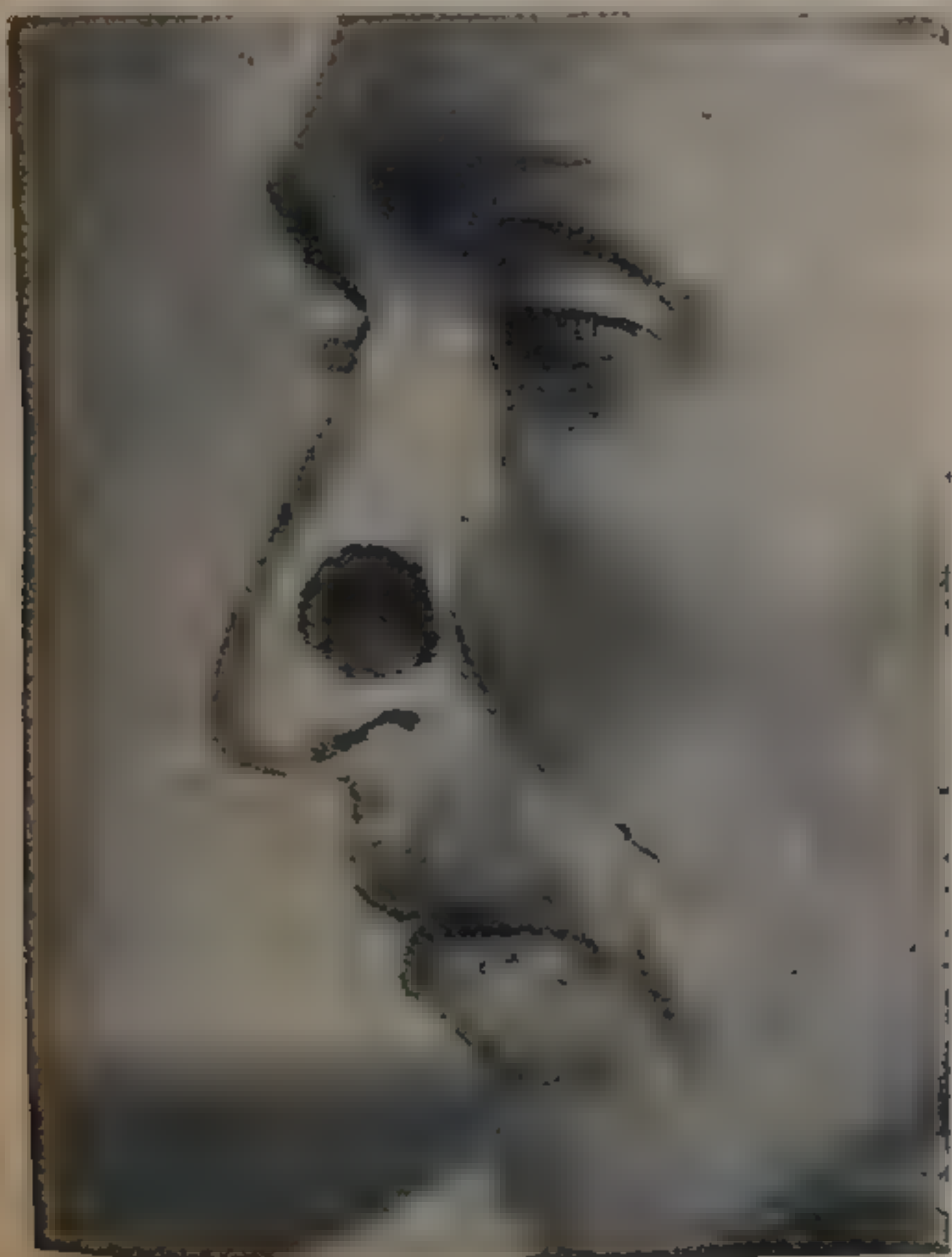


Рис. 379



Рис. 380

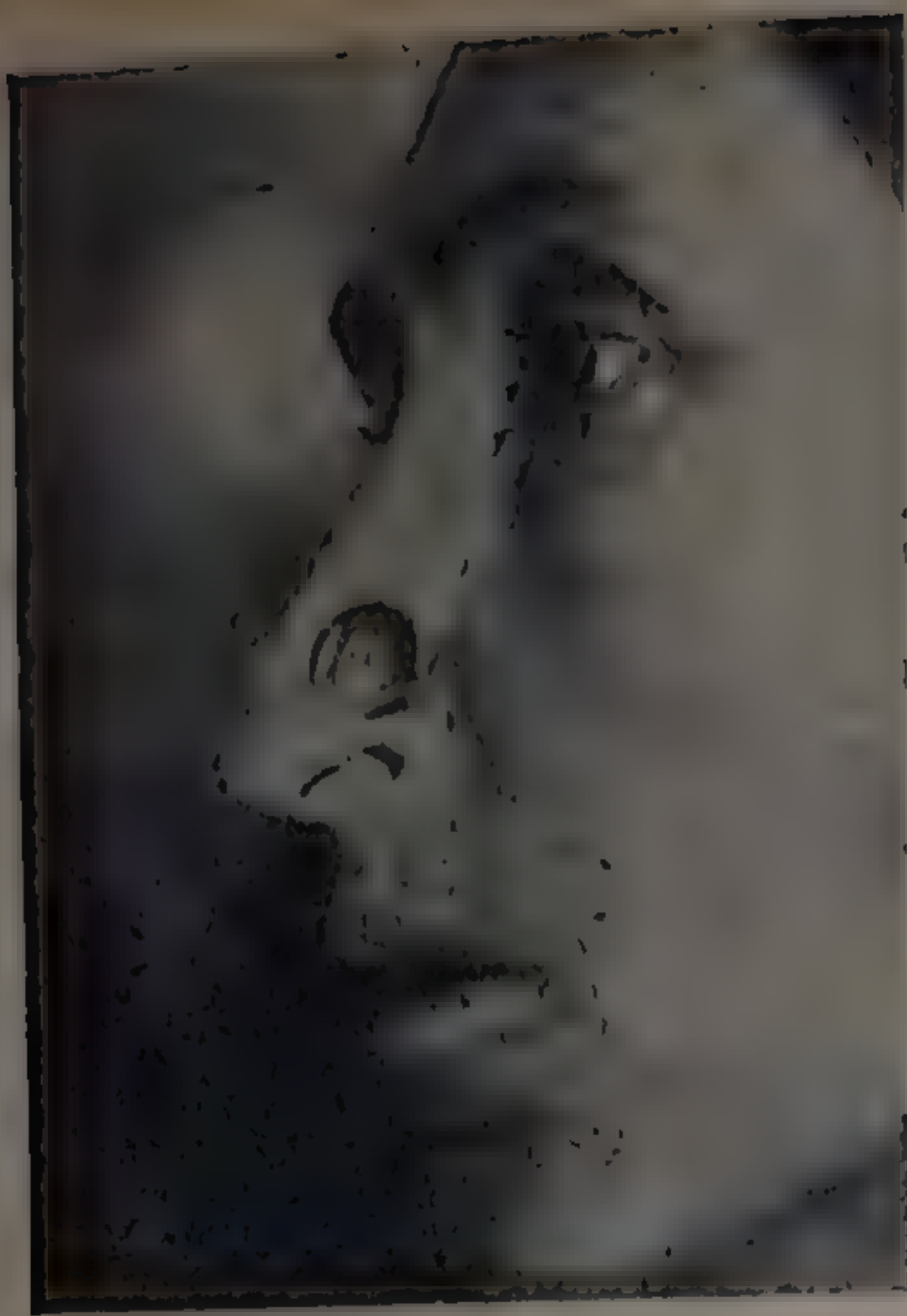


Рис. 381

Трансплантат омертвел целиком. На хряще гранулирующая поверхность, которая, зарубцевавшись, довольно сильно деформировала хрящ и подтянула край крыла вверх.

4 марта 1932 г. повторная операция. Местная анестезия. Поверхность хрящевого лоскута и вокруг края кожи освежена. Рядом выкроен маятникообразный лоскут, который покрыл всю раневую поверхность. Рана на месте взятия лоскута закрыта натяжением краев.

На рис. 380 непосредственный результат операции, который с косметической точки зрения не может считаться удовлетворительным.

Интерес этого случая заключается в новом способе использования хрящевого лоскута из сошника для закрытия сквозных дефектов боковых отделов носа. Омертвление вольфовского трансплантата вызвало последующую деформацию хряща.

НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА

Образование кожной части носовой перегородки *columella* не всегда представляется легкой задачей.

Существует много способов ее образования, но особенно популярен способ Лексера: на внутренней поверхности верхней губы по средней линии выкраивают лоскут из слизистой основанием к корню губы, свободным краем к красной кайме. У корня губы делают сквозное отверстие, сквозь которое выводят наружу удвоенный лоскут слизистой. Свободный край этого лоскута пришивают к освеженной поверхности верхушки носа.

Способ этот никогда не давал у нас хороших результатов. Лоскут слизистой слишком короток и поэтому он притягивает верхушку носа к губе и увеличивает безобразие. Вдобавок он сохраняет свою ярко красную окраску, а после полного заживления превращается в узенький шнурок слизистой, который всегда выдает себя цветом, как например в случае 4.

Несколько иначе поступает Шиган (Sheehan). Он выкраивает лоскут, так же как и Лексер, из слизистой губы, но разбивает операцию на несколько актов. Лоскут, идущий на образование перегородки, он пришивает свободным верхним концом к верхушке носа, для чего нужно запрокинуть и вывернуть вверх свободный край губы, на которой располагается основание лоскута. После приживления лоскута к верхушке носа ножку отсекают от губы и приживляют

зади. Позднее слизистый покров убирают и покрывают тиршевским лоскутом.

Некоторые образуют columella при помощи филатовского стебля, выкроенного в назо-лабиальной складке, перенося его в несколько этапов к верхушке носа.

Ни один из этих способов не удовлетворял нас по высказанным выше соображениям, особенно способ Лексера, и в последние годы мы стали оперировать так, как это описано ниже.

Случай 76

Больная М., 40 лет. Полное разрушение носовой перегородки. В анамнезе сифилис. Сейчас реакция Вассермана отрицательна.

На рис. 382 вид больной при поступлении в отделение.

16 октября 1932 г. операция восстановления носовой перегородки. Местная анестезия.

На внутренней поверхности верхушки носа, т. е. из выстилки, выкроен лоскут шириной 4—5 мм и длиной 10—12 мм основанием к кончику носа, свободным краем в глубине носа.

Лоскут М (рис. 384) выведен наружу свободным концом. Лоскут М — наружное покрытие будущей перегородки. Второй лоскут — выстилка перегородки — образован по средней линии верхней губы. Выкроен кожный лоскут К основанием у корня губы, свободным — по границе кожи и красной каймы. Рана на внутренней поверхности верхушки носа, на месте выкройки лоскута М, зашита в верхней половине двумя кетгутовыми швами. Свободный край лоскута К прошит двумя матрасными швами из конского волоса. Концы этих нитей выведены изнутри вблизи основания лоскута М наружу и зашиты на спинке носа. Натяжение этих швов устанавливает лоскут в необходимом положении, одновременно адаптирует свободный край лоскута к остаткам равной поверхности у верхушки носа. Рана на теле губы зашита с большей тщательностью в два этапа кетгут-конским волосом. В верхний угол раны шит свободный край лоскута М в непосредственной близости к основанию лоскута К. Таким образом лоскуты К и М обращены один к другому равными поверх-



Рис. 382



Рис. 383

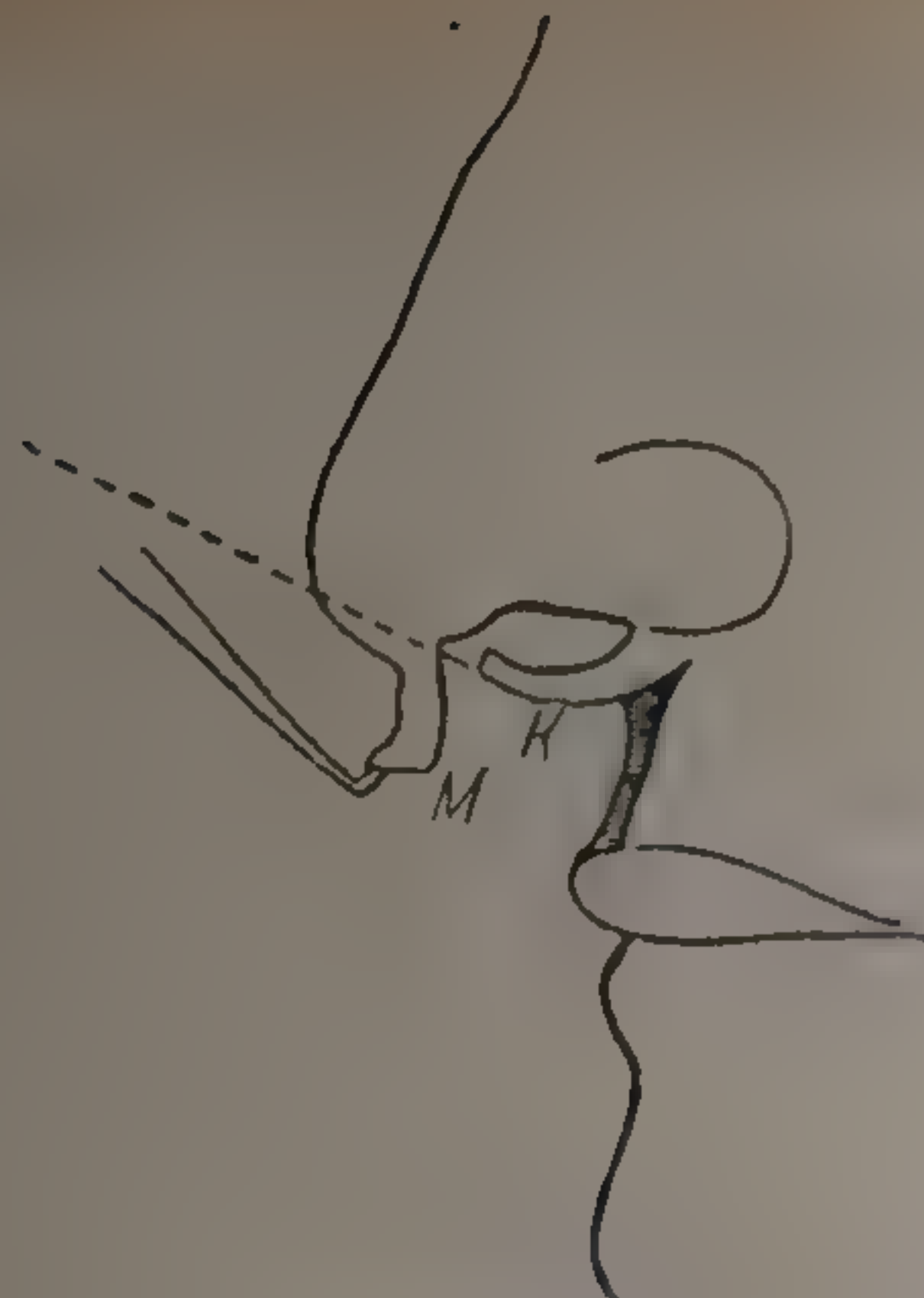


Рис. 381

ностями. Справа и слева боковые края этих лоскутов сшиты между собой еще парой швов из конского волоса.

Гладкое послеоперационное течение. Заживление первичным натяжением. На рис. 383 результат операции через год.

Группа вторая

КОЖА НОСА

В эту группу вошли случаи с повреждениями кожи носа.

Случай 77

Больной, 60 лет, садовник. Rhinophima (рис. 385).

Под местной анестезией грибовидно разросшиеся ткани срезаны скальпелем до здоровых слоев. Кровотечение остановлено при помощи продолжительного



Рис. 385

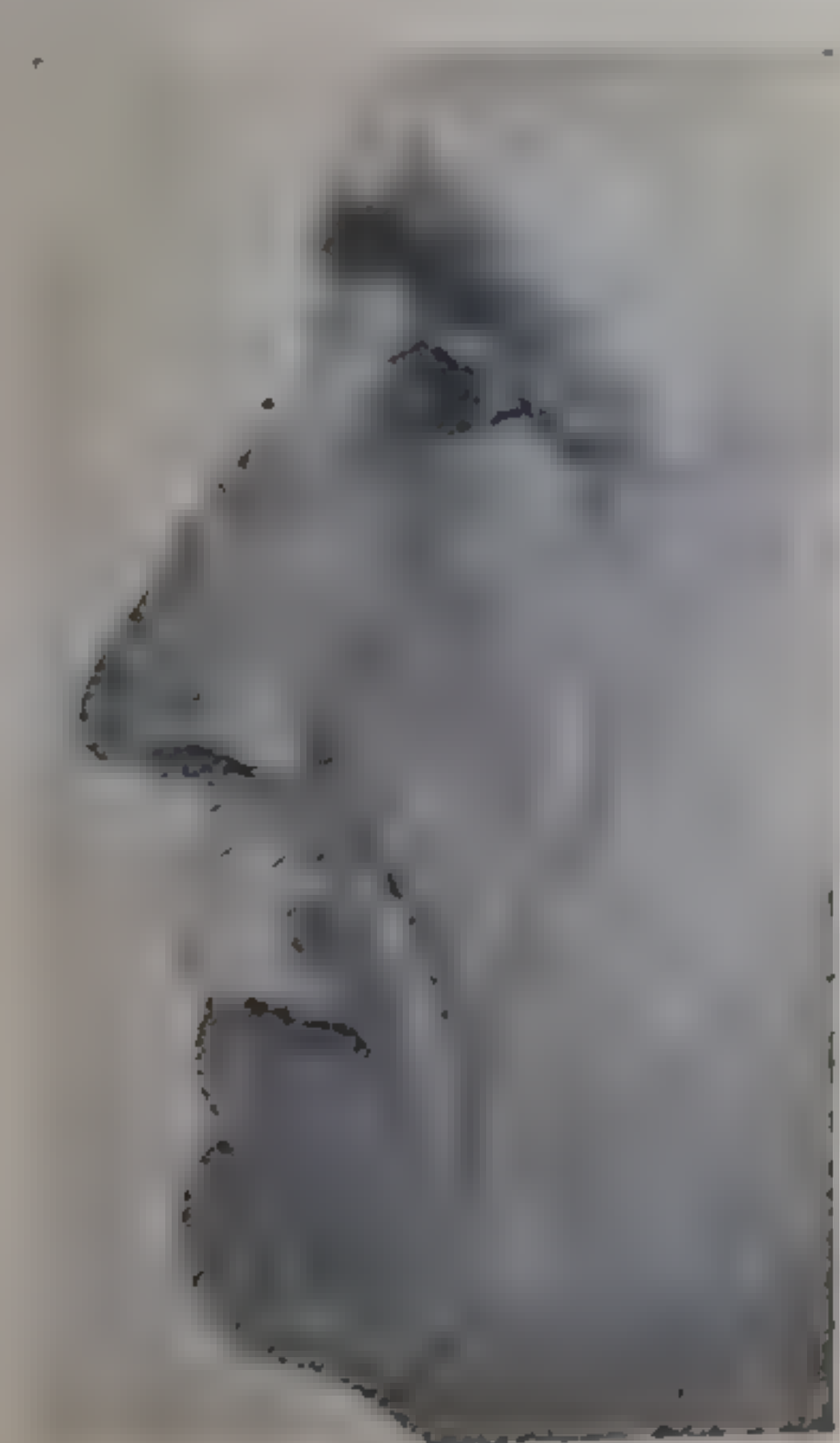


Рис. 386

прижаты марлей. С образовавшейся раневой поверхности сделан оттиск из стенса. На внутренней поверхности плеча взяты тиршевские трансплантаты, перевесенные на раневую поверхность носа. Трансплантаты прижаты к раневой поверхности стенсом. Стенс фиксирован полосками лейкопласта. На 8-й день повязка удалена.

На рис. 386 результат операции через полгода.

Случай 78

Больной, тюрк, 62 лет, крестьянин. Канкроидная язва на правом скате носа (рис. 387). Под местной анестезией язва иссечена. Получился сквозной дефект, который закрыт надвигающимся лоскутом, выкроенным в виде усеченного тре-

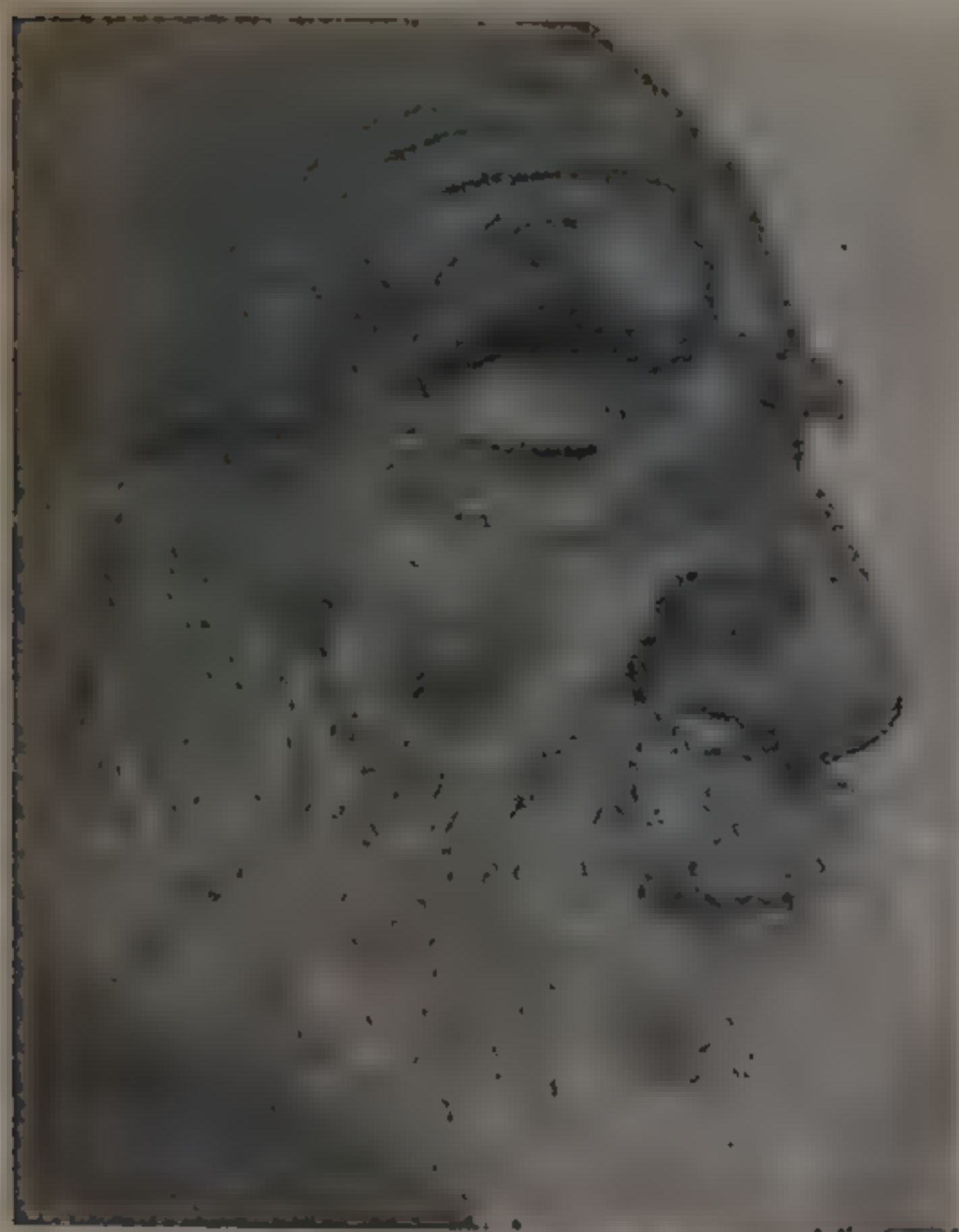


Рис. 387

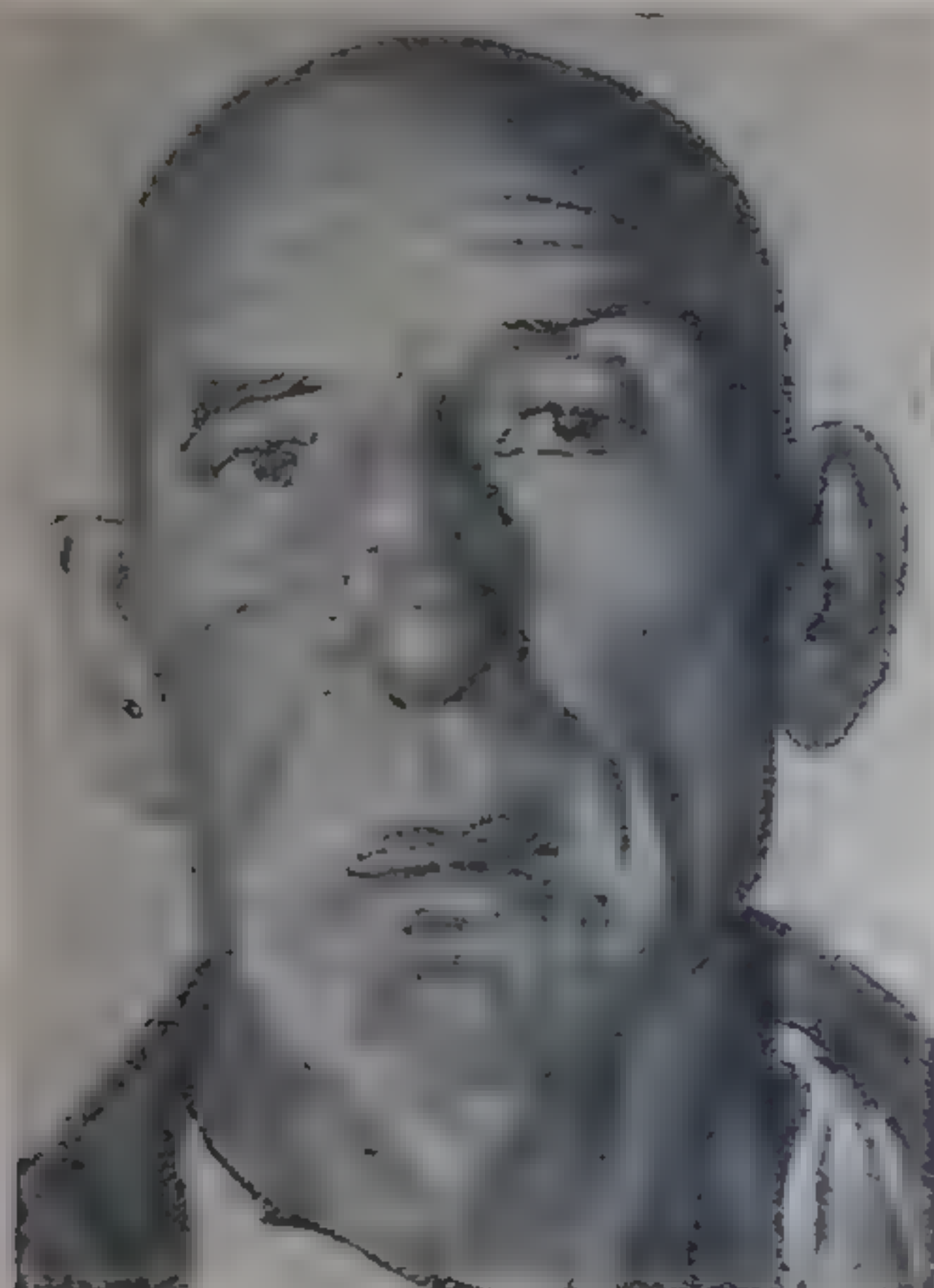


Рис. 388

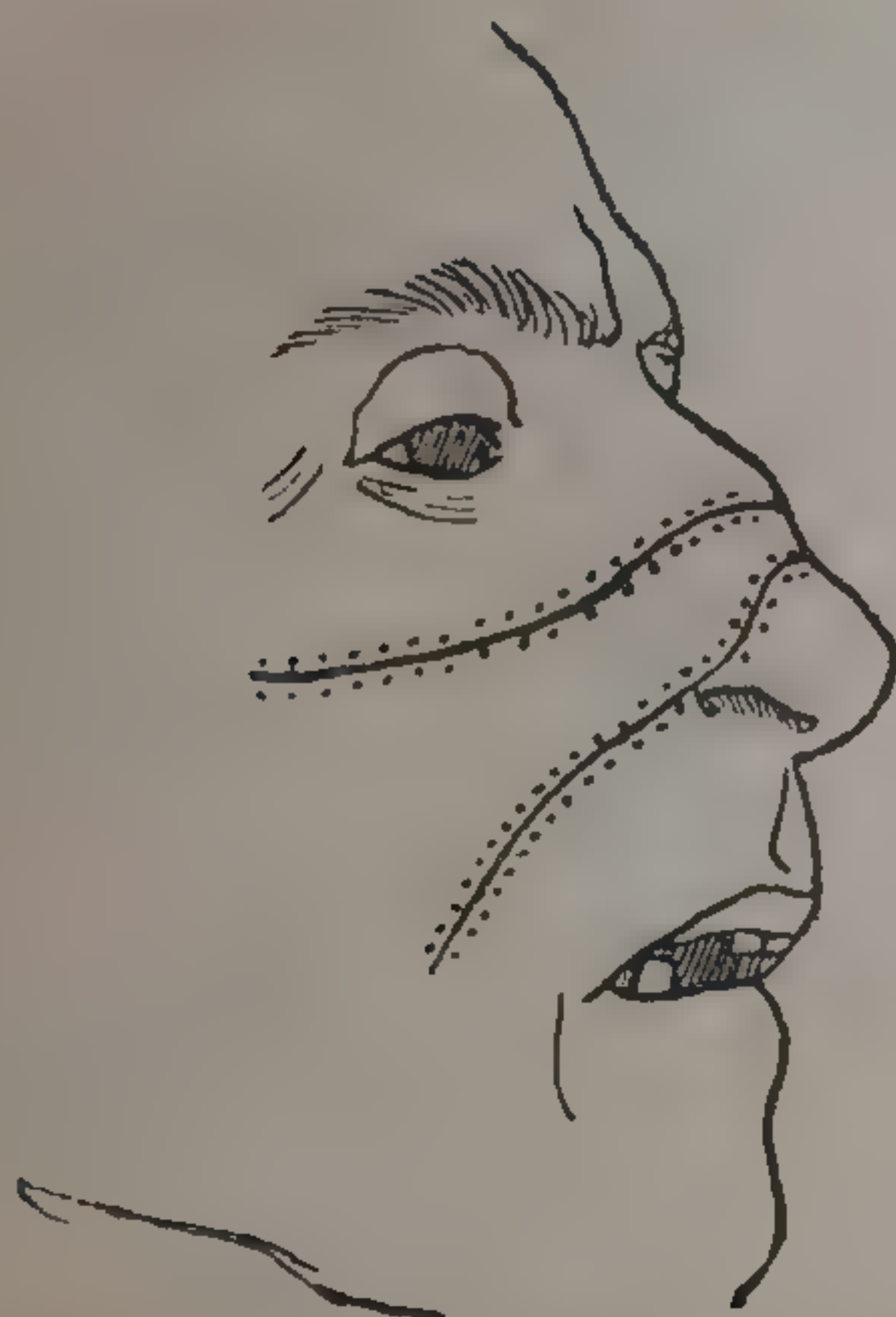


Рис. 389

угольника узким основанием к дефекту (рис. 389). Лоскут отделен от подлежащих тканей и им прикрыт дефект. Несмотря на натяжение лоскут хорошо прижился.

Следует заметить, что надвигающиеся или, как их некоторые называют, скользящие лоскуты не дают совершенно выпрыша в длине и пространстве при передвижении и в этом отношении являются наименее удачными лоскутами; поэтому применение надвигающихся лоскутов очень ограничено.

На рис. 388 результат операции.

Г р у п п а т р е т ь я СЕДЛООБРАЗНЫЙ НОС

Здесь представлено несколько случаев простого седлообразного носа, вызванного различными причинами: врожденной деформацией, травматической и люетической.

Все они объединяются общностью формы разрушения и однообразием техники восстановления.

Такую деформацию обычно создает вдавление носового моста в средней части без нарушения целостности наружных покровов. Лучшим способом исправления следует считать пересадку реберного хряща под кожу носа по способу Израеля (Israel) или Н. Н. Петрова.

Мы предпочитаем первый способ.

Не всякий седлообразный нос может быть исправлен этой операцией. Наилучший результат дают те случаи, где кожа в средней части моста свободна, эластична и подвижна и легко собирается в вертикальную складку.

Для получения хорошего косметического эффекта нужно уметь до операции оценить важное обстоятельство: при слишком мягкой верхушке носа, особенно когда крылья лишены хрящевого суппорта, при пересадке хряща верхушка отдавливается кзади, вследствие чего получается некрасивое расплющивание крыльев.

Техника операции чрезвычайно проста. Под местной анестезией делают поперечный разрез чуть выше или ниже на 1—2 мм уровня внутренних углов глаза в зависимости от того, где располагается поперечная имеющаяся здесь бороздка. Ее следует использовать, чтобы сделать незаметным послеоперационный рубец. Разрез доводят до кости. Затем, приподняв нижний край раны элеватором, строго по средней линии минируют кожу до кончика верхушки носа. Элеватор извлекают. По сосковой линии параллельно реберной дуге или вертикально проводят разрез. Рассекают мышцы и обнажают реберный хрящ. Грудные концы хряща VIII и IX ребер имеют треугольный рисунок—это наиболее подходящая готовая форма. При помощи циркуля, а при известном опыте и на-глаз, определяется расстояние от центра верхушки носа до переносья на 2—3 мм ниже нижнего края раны. По этой мерке вырезается хрящ, желательно с неповрежденной надхрящницей. Хрящ вводится под кожу носа в образованный туннель. Вершина хряща обращена вверх. Если необходимо, то хрящ извлекается и подвергается обработке ножом: срезаются острые углы, сглаживаются края и т. д.

Необходимо добиться, чтобы присутствие его под кожей носа было незаметно, чего нетрудно достигнуть повторными примерками и обработкой хряща скальпелем.

Рану на переносье тщательно зашивают конским волосом, на груди—кетгутом и шелком. Лицо оставляют без повязки. На рану груди клеоловую наклейку.

Случай 79

Больной Б. З., краснофлотец. Легкая степень седлообразного носа. Больной настойчиво просит исправить ему эту форму.

Пересадка хряща по Израелю (рис. 390, 391).



Рис. 390



Рис. 391

Случай 80

Больная М., 28 лет, актриса. Больная утверждает, что западение носа от рождения.

На рис. 392 вид больной до операции.

Пересадка хряща по Израелю.

На рис. 393 результат операции.



Рис. 392



Рис. 393



Рис. 394



Рис. 395

Больной О., мальчик, 12 лет. Год назад упал с лошади и расшиб нос. После заживления раны остались рубцы и седлообразный нос. На рис. 394 вид до операции. Пересадка хряща по Израелю. На рис. 395 результат операции.

Случай 82

Больная Г. В прошлом сифилис. Седлообразное западение носа. Сейчас реакция Вассермана отрицательна. Пересадка хряща по Израелю.

Случай 83

Больная Т., 18 лет. Два месяца назад подверглась в одном из городских хирургических отделений пересадке хряща по Израелю по поводу седлообразного носа.



Рис. 396

На рис. 396 вид после операции. Разрез сделан почти на glabella. Хрящ упирается одним концом в лобную кость, другим в середину носового моста. Кожа над ним натянута.

Случай этот мы приводим для того, чтобы иллюстрировать возможные ошибки с точки зрения эстетических требований к этой операции.

Под местной анестезией через старый разрез мы извлекли этот хрящ и продвинули его вниз таким образом, что его вершина расположилась на уровне внутренних углов глаз, что и дало хороший косметический результат.

Группа четвертая

СРЕДНЯЯ ЧАСТЬ НОСОВОГО МОСТА

Общим для случаев, описанных в этой группе, является повреждение средней части носового моста, часто осложненное разрушением вершины носа и наружного покрытия.

Характерным для всех этих случаев является положение нижней трети носа — вершины его, опрокинутой как бы назад в соответствии с западением середины, вследствие чего ноздри поворачиваются кпереди. Это то, что английские авторы называют pug-nose — бульдожий нос, как известно, причиняющий его обладателям сильные моральные страдания.

Для лечения этого разрушения применимы различные способы. Покрытие можно взять и со лба на филатовском стебле, и образовать в виде надвигающегося лоскута со щек. Последний способ не может считаться удовлетворительным. Он дает добавочные рубцы и при нем мало свободы для закрытия дефекта вследствие общих недостатков, свойственных надвигающимся лоскутам.

Во всех случаях необходимо опрокинутую вершину носа установить в нормальное положение так, чтобы вход в нос находился почти в горизонтальной плоскости. Для этого ее мобилизуют поперечным сквозным разрезом по верхней грани вдавления. Разрушенная средняя часть носового моста восстанавливается хрящом, пересаженным в опрокидывающийся лоскут, который одновременно обращается в выстилку.

Случай 84



Рис. 397



Рис. 398



Рис. 399

Больная Е. А., 25 лет. Люстическое разрушение носового моста с центральной перфорацией, существующей месяцев 10. Впервые в мае 1926 г. начала получать специфическое лечение и получила уже три массивных курса в венерическом отделении больницы. 30 декабря 1926 г. реакция Вассермана отрицательная.

На рис. 397 вид больной непосредственно перед операцией.

Большое западение всего носового моста. Разрушен костный остов. Ноздри смотрят вперед. По середине носового моста свищевое отверстие, ведущее в полость носа. Переносье и средняя часть носового моста находятся в одном уровне с плоскостью щек. Необходимо закрыть свищ и поднять носовой мост.

3 марта 1927 г. свищевое отверстие иссечено. Образованы два скользящих лоскута со щек и один надвигающийся навстречу со лба. Щечные лоскуты сшиты один с другим по средней линии конским волосом. Их верхний край сшит с лобным лоскутом, нижний — с вершшкой носа.

Гладкое послеоперационное течение. Рана зажила первичным натяжением. Вполне понятно, что поднять носовой мост при помощи способа Израеля здесь не удалось бы, так как наружное покрытие носа представляло собой ткань, прорезанную рубцами и спаянную с окружающей клетчаткой.

24 марта 1927 г. операция образования носового моста. Местная анестезия. По рубцу от предыдущей операции лоскуты разделены по средней линии и развернуты наружу. Отделен кверху также лобный лоскут *Е* области переносья. В приготовленную ложу пересажен хрящ, извлеченный из левой реберной дуги.

Заживление первичным натяжением. На рис. 398, 399 результат операции.

Случай 85

Больной С., русский, 16 лет. По его словам семь лет назад он упал в глубокий колодец и расшиб себе нос; лежал в сельской больнице.

На рис. 400 вид больного при поступлении в отделение. Запавшая середина носа, открытые впереди ноздри. Отсутствие носовой перегородки. Реакция Вассермана отрицательна (больной находится под наблюдением вендиспансера, где получил несколько курсов). Мы склонны думать, что разрушение носа специфического порядка.

Анализируя источник западения носа, отмечаем: наружное покрытие нормальное, разрушен хрящ и выстилка. В соответствии с этим мы составили план операции: выстилку образовать за счет кожного лоскута, пересаженного в по-



Рис. 400



Рис. 401

лость носа на филатовском стебле, как это советует делать Н. Н. Петров для исправления седлообразных носов; из остатков стебля образовать позже носовую перегородку—*columella*, а под конец между новой выстилкой и кожей носа пересадить хрящ для образования носового суппорта.

23 декабря 1931 г. операция. Местная анестезия. В правой подключечной ямке образован филатовский стебель питающим концом в области головки плеча, лоскутным—вблизи мечевидного отростка грудины.

Послеоперационное течение гладкое. Первичное натяжение на стебле и на груди на месте выкраивания стебля.

13 февраля 1932 г. операция. Местная анестезия. У дистального конца стебля выкроен миндалевидный лоскут, отделенный от материнской почвы повсюду за исключением основания на месте перехода его в стебель. Под лоскут уложена станиолевая пластинка, площадью и рисунком соответствующая лоскуту. Лоскут уложен на свое место и пришит конским волосом.

26 февраля 1932 г. образование выстилки. Местная анестезия. Войдя специально для этого остро отточенным на манер ножа распатором в полость носа, удалось разрушить рубцы на выстилке и освободить носовое покрытие от западения. Распатор проникает далеко до самого переносья. Верхушка миндалевидного лоскута на филатовском стебле прошита двумя нитками, длинные концы которых при помощи иглы Ревердена выколоты через раневую поверхность полости носа наружу. Лоскут на нитках втянут в полость носа раневой поверхностью кпереди, эпителиальной—кзади. Концы ниток завязаны на переносье над пуговицей. Мочка уха фиксирована одним швом к коже в области плечевого сустава. 8-образная марлевая повязка вокруг головы и плеча.

Лоскут прекрасно прижился. На рис. 402 результат операции.

14 марта 1932 г. стебель отсечен несколько ниже кончика носа и удален совершенно. Остаток стебля на кончике распластан, из него удален избыток жира, а кожа, сшитая конским волосом, образовала вновь стебелек.

На рис. 403 результат этой промежуточной операции.

16 апреля 1933 г. образование носовой перегородки. Избыточное содержание стебелька удалено. На задней его поверхности освежена площадка, напротив которой выше корня губы сделано то же самое, после чего эти поверхности сшиты одна с другой. Таким образом носовая перегородка имеет две точки опоры—спереди и сзади.



Рис. 402



Рис. 403

Первичное заживление.

23 апреля 1932 г. продолжено исправление носовой перегородки.

9 мая 1932 г. операция пересадки хряща под кожу носа для образования носового суппорта. Местная анестезия. Поперечный разрез на переносье на уровне угла глаз. Кожа носа минирована элеватором вниз. Затем из правой реберной дуги взят хрящевой трансплантат и перенесен в кожный туннель на носу. Глухой шов. Первичное натяжение.

На рис. 401 результат операции через полгода.

Возникает вполне естественный вопрос, нельзя ли было в этом случае с самого начала ограничиться простой операцией пересадки хряща по Израэлю. Это не рекомендуется потому, что средняя часть носа, притянутая рубцом, не позволила бы хрящу поднять середину покрытия и пересаженный хрящ вследствие этого своим нижним концом расплющил бы верхушку носа, что еще больше усилило бы обезображивание.

Случай 86

Больной Б., 41 года, красный партизан. В 1918 г. в бою получил огнестрельное ранение головы. Пуля вошла у сосцевидного отростка и вышла через середину носового моста. Большая зияющая рана вскоре зарубцевалась. Осталось обезображивание носа, которое очень тяготит пациента. В 1925 г. он уже подвергался в одной из городских больниц пластической операции. Подробности операции больной сообщить не может, но по его словам операция результатов не дала.

На рис. 404 вид больного при поступлении в отделение. В центре носового моста звездчатый вдавленный рубец. Середина моста разрушена и осела кзади. Верхушка носа опрокинута назад. Ноздри располагаются почти в вертикальной плоскости. Левый носовой ход сужен и едва пропускает струю воздуха. Необходимо восстановить носовой мост, вернуть верхушке ее нормальное положение, уничтожить сужение левого носового хода и создать нормальное наружное покрытие.

Наиболее простым решением этого случая следовало бы считать индийский способ с опрокидывающимся лоскутом, вооруженным хрящом. Но так как больной просит не наносить ему новых рубцов на лице и шее, мы решаем образо-



Рис. 404

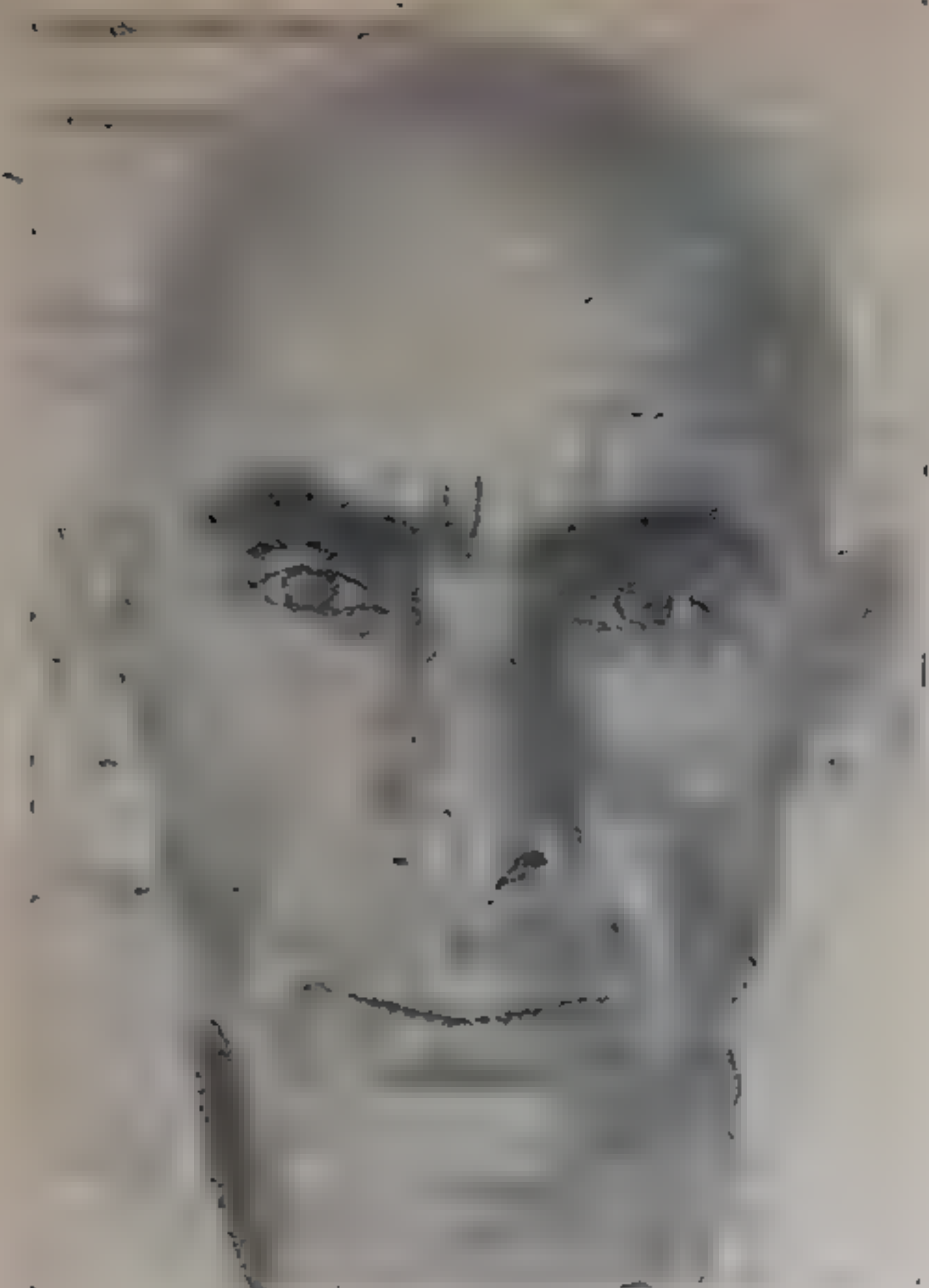


Рис. 405

вать наружное покрытие лоскутом на филатовском стебле, в остальном план остается тот же.

Повышенная возбудимость пациента побуждает нас устроить стебель таким образом, чтобы в последующем не пришлось прибегать к какой-либо вынужденной тяжелой позе в течение продолжительного срока.

23 декабря 1931 г. операция. Местная анестезия. На груди образован филатовский стебель одним концом в области грудино-ключичного соединения, другим—ниже переднего края подмышечной впадины. Первичное натяжение на стебле и на месте его выкраивания.

31 января 1932 г. операция. Местная анестезия. Подмышечный конец стебля отсечен и перенесен в область правого угла нижней челюсти, где приживлен в приготовленное для него ложе. Первичное натяжение (рис. 406).

26 февраля 1932 г. операция. Местная анестезия. Вблизи грудино-ключичного сочленения на шее по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* выкроен кожный лоскут позади стебля. Лоскут отделен от материнской почвы повсюду за исключением основания на месте перехода в стебель. Под лоскут подложена станцолевая пластинка, повторяющая площадь и рисунок лоскута. Лоскут уложен вновь на место и пришит к краям материнской почвы конским волосом. Эта часть кожи шеи, лишенная растительности и жира, наиболее близко подходила по фактуре к коже носа пациента и поэтому вначале при составлении плана была выбрана для наружного покрытия.

Подготовительные операции для последнего акта закончены.

1 марта 1932 г. операция. Местная анестезия. Сделан поперечный разрез по границе верхушки носа и вдавленного рубца. Вскрыта полость носа. Верхушка мобилизована настолько, что плоскость входа в нос располагается в горизонтальном уровне. Затем иссечен рубец со стороны выстилки, расширен левый носовой ход. Расщепив края этого хода, удалось восстановить его проходимость. На спинке носа образован опрокидывающийся лоскут основанием вниз. Опрокидывающийся лоскут состоит из кожи носового моста, пронизанной рубцом. Лоскут повернут эпителиальной поверхностью внутрь и пришит свободным краем к выстилке верхушки носа. Образовавшуюся раневую поверхность прикрыл лоскут на филатовском стебле, перенесенный на нос. Детали операции см. в случае 87. Одна «струна» от середины верхнего края стебля к левой надбровной дуге освобождает лоскут от тяжести стебля (рис. 407).



Рис. 406

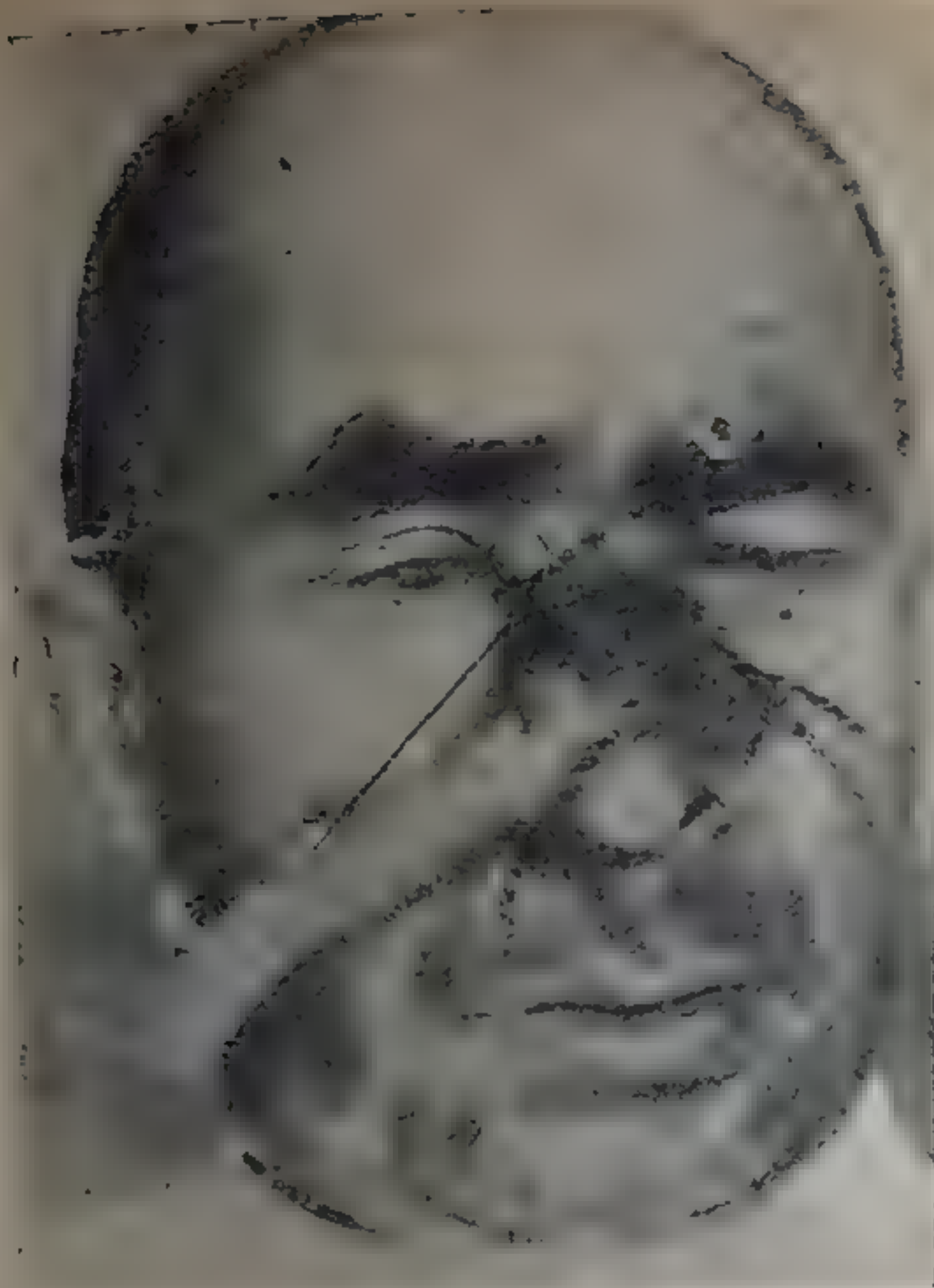


Рис. 407

Лоскут омертвел на границе перехода в стебель. Предметом наших забот стала выстилка, потому что при омертвлении последней снова грозила перспектива сквозного дефекта. Омертвевшее покрытие мы всячески стремились мумифицировать и этим предупредить инфекцию. Лоскут хотя и омертвел, но превращенный в струп, служит прекрасным протективом подлежащим тканям. С этой целью лоскут оставлен открытым и ежедневно 2—3 раза смазывается подной настойкой. На шею наложен застойный бинт по Биру. Было бы целесообразно прибавить облучение кварцем или соллюксом, или просто тепловые световые процедуры.

На рис. 407 печальный результат этой операции.



Рис. 408

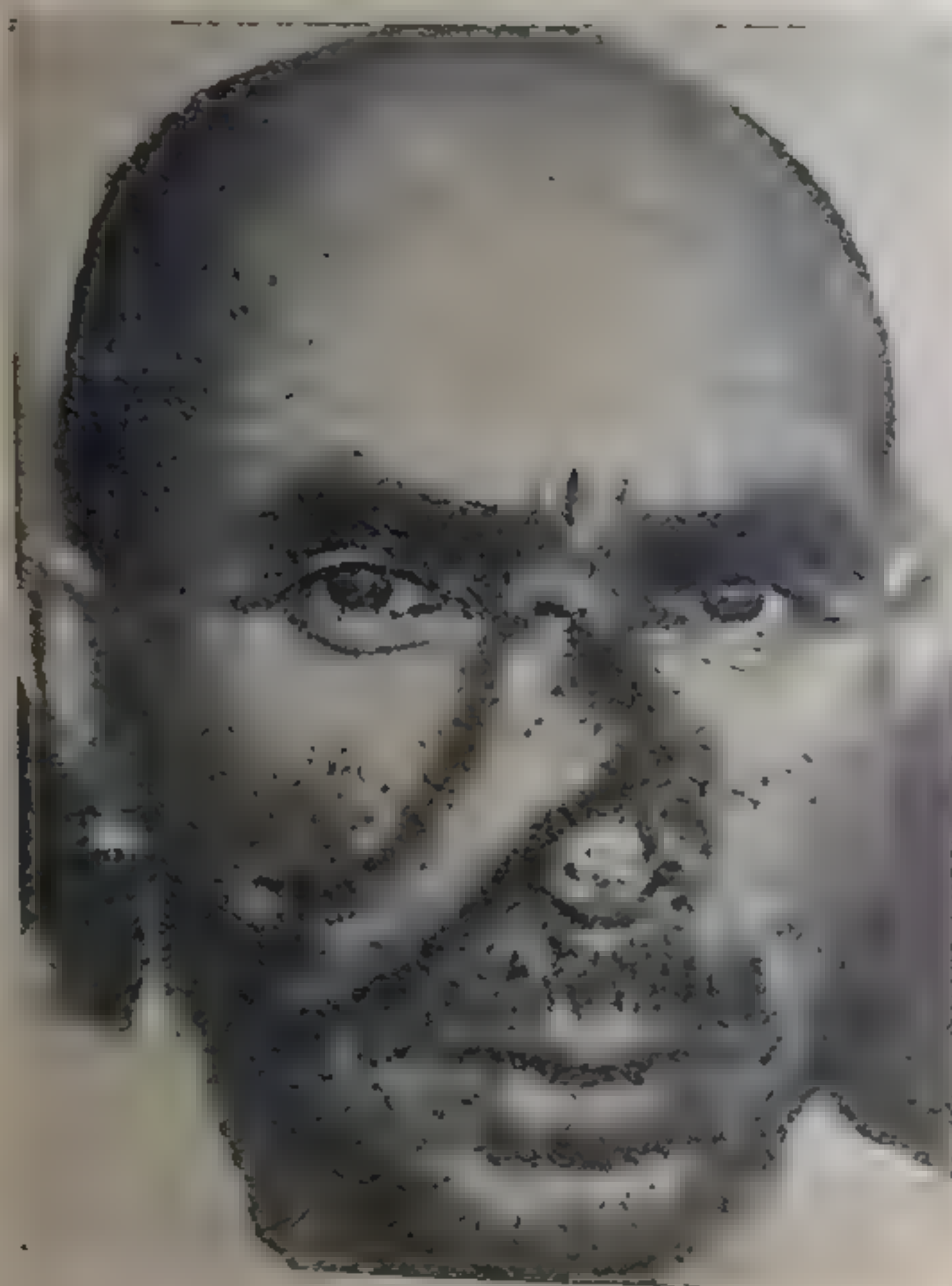


Рис. 409

Лоскут мумифицировался, и когда он был близок к полному отторжению, под ним обнаружались прекрасные грануляции. Стебель висит на узенькой полоске кожи, уцелевшей от разрушения. Первая мысль, которая невольно напрашивалась для исправления результата предыдущей операции, распластать стебель и покрыть им раневую поверхность. Но стебель был короток.

Ввиду этого 1 апреля мы вживляем лоскутный конец стебля в щеку с тем, чтобы позже пересадить на нос конец у угла челюсти. Лоскут прижился первичным натяжением.

На рис. 408 вид больного к этому времени. На носу все зарубцевалось. Выстилка целиком сохранилась; благодаря этому исправлено положение верхушки носа. Теперь нетрудно будет заменить иссеченный рубец нормальной кожей, что должно вполне исправить форму.

8 мая 1932 г. операция. Местная анестезия. Рубец на спинке носа иссечен в виде треугольника основанием вниз. Конец стебля у угла нижней челюсти отсечен, распластан и им закрыта раневая поверхность на спинке носа. Лоскут благополучно прижился.

На рис. 409 результат этой операции.

2 июня 1932 г. стебель отсечен у лоскутного конца и удален. Край лоскута вживлен к краям кожи носа. Рана на щеке тщательно зашита конским волосом.

В дальнейшем сделано несколько мелких поправок: вживление краев лоскута «заподлицо» к окружающим тканям, удаление избытка жира и т. д.

На рис. 405 результат операции. Снимок сделан в сентябре 1932 г.

Случай 87

Больной О., 25 лет, красноармеец-артиллерист. Несколько лет назад при падении с лошади расшиб нос и получил глубокое вдавление середины носового моста. Крайняя форма седловидного моста. Верхушка носа опрокинута назад и вход в нос обращен вперед (рис. 410).

Больной просит исправить ему форму носа, которая его чрезвычайно тяготит.

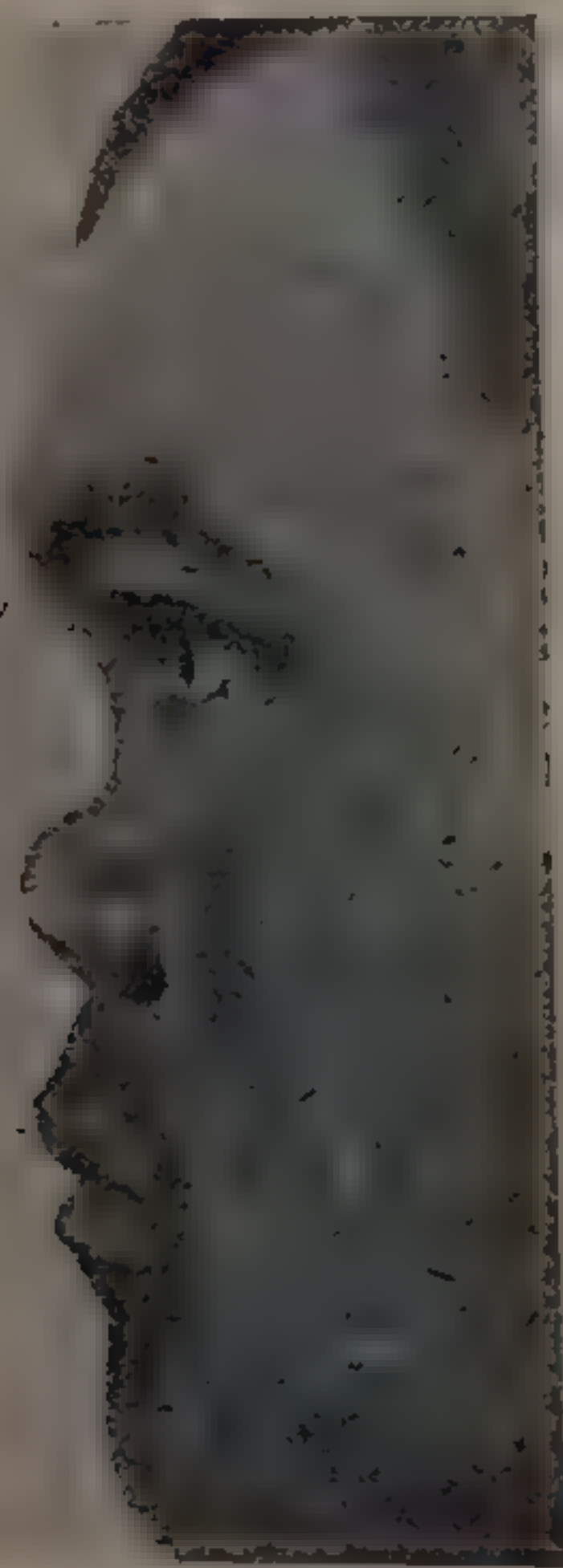


Рис. 410



Рис. 411



Рис. 412



Рис. 413

План действия представлялся нам в следующем виде. Мобилизовать верхушку носа поперечным разрезом и установить ее в нормальное положение. Образовавшийся при этом дефект слизистой заместить опрокидывающимся лоскутом, вооруженным хрящом. Всю раневую поверхность покрыть лоскутом с груди на филатовском стебле.

20 июня 1928 г. операция пересадки хряща под кожу лба и переноса. Сделан поперечный разрез на glabella. Элеватором образован под кожей канал направлением к седлу. В образованный под кожей карман пересажен реберный хрящ, взятый из правой реберной дуги. Заживление первичным натяжением.

На рис. 414 вид больного к этому моменту (у нас не сохранилось более раннего фотоснимка). Хорошо видно большое западение носового моста.

В августе 1928 г. справа в подключичной ямке образован филатовский сте-

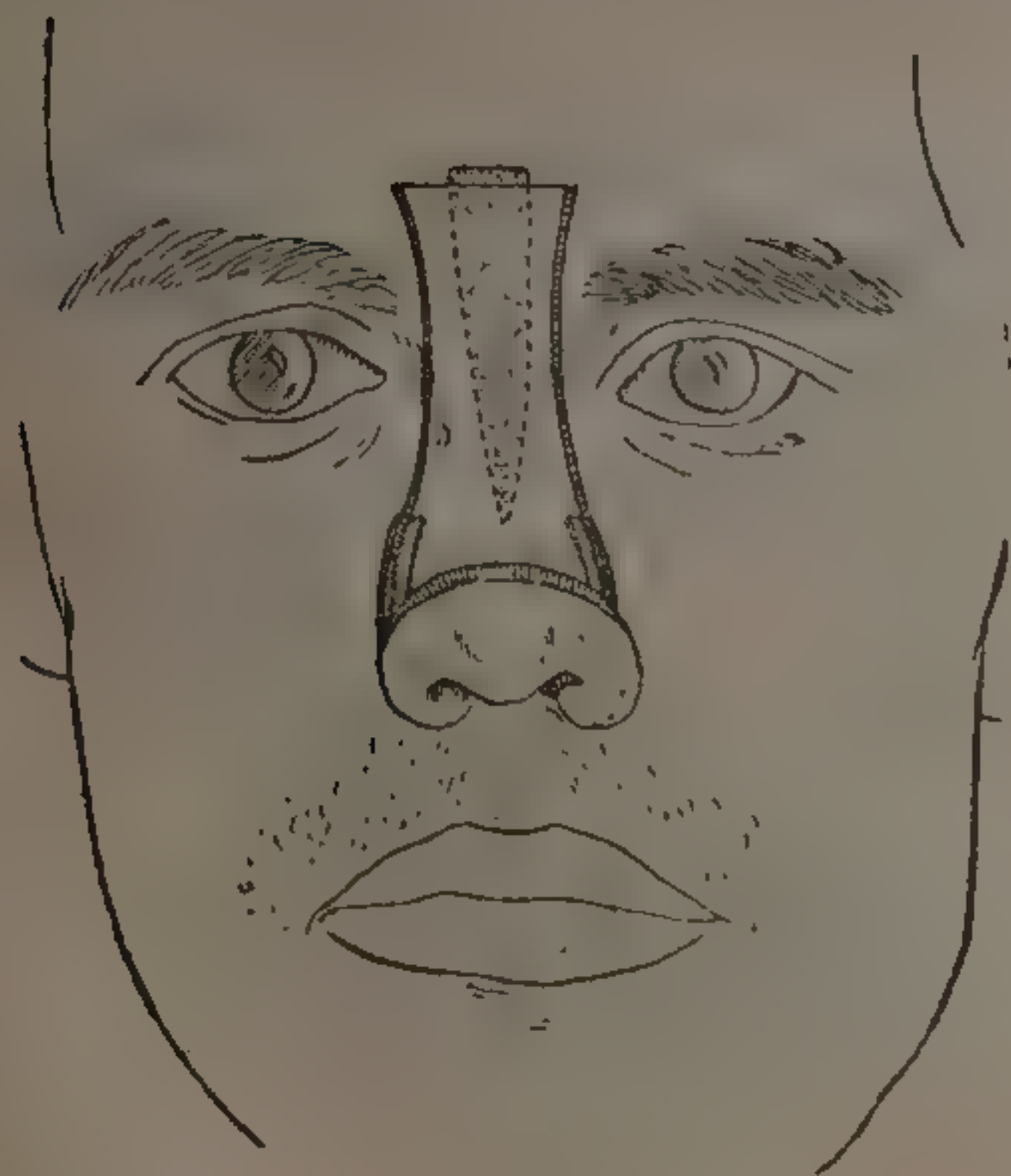


Рис. 414

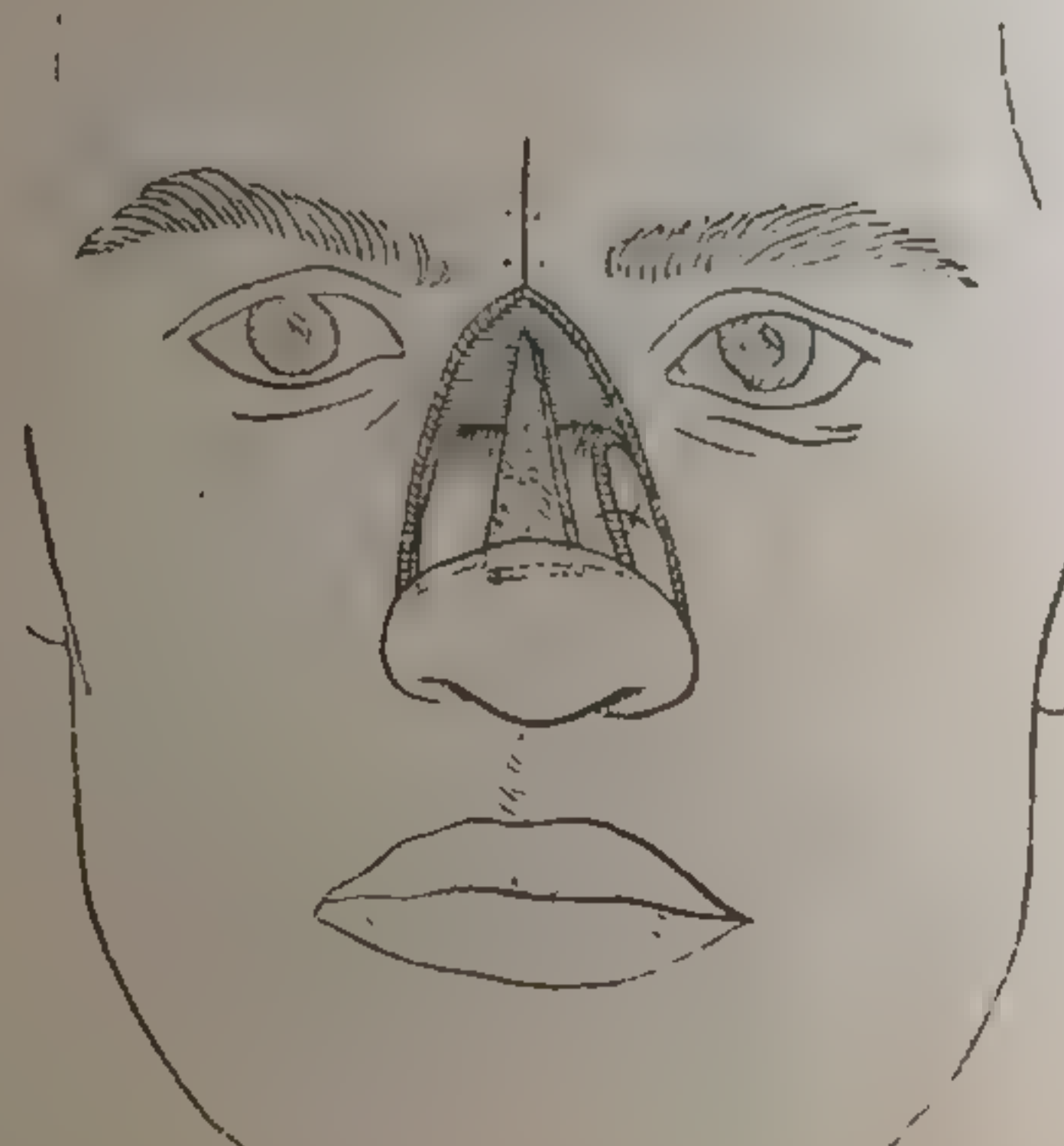


Рис. 415



Рис. 416

бель питающим концом в области плечевого сустава, лоскутным—в области мечевидного отростка грудины.

Заживление первичным натяжением на стебле и на груди, на месте вырезывания стебля.

12 сентября 1928 г. операция. Местная анестезия. Поперечным разрезом мобилизована верхушка носа (рис. 414). Затем выкроен опрокидывающийся лоскут, снабженный хрящом. Свободный край опрокидывающегося лоскута сшит кетгутом с выстилкой верхушки. Конец реберного хряща введен между кожей и хрящевым остовом верхушки (рис. 415). Для этого край обструган скальпелем в виде клина. Боковые отделы опрокидывающегося лоскута сшиты с внутренней губой освеженных полосок. Рана на glabella стянута в два этажа кетгут-конским волосом. Оставшийся треугольный дефект покрыт лоскутом кожи, выкроенным из дистального конца стебля. Лоскут фиксирован конским волосом. Рана на груди зашита крепкими матрасно-узловыми швами. Для уменьшения натяжения в лоскуте наружного покрытия голова наклонена к правому плечу и фиксирована в этом положении 8-образной повязкой вокруг головы и плеча.

Гладкое послеоперационное течение. На рис. 416 результат этой операции. Еще не сняты швы.

28 сентября 1928 г. филатовский стебель отсечен на месте его перехода в лоскут и удален вовсе. Край лоскута вживлен «заподлицо», после иссечения из него избытка жира. Рана на плече зашита шелком.

8 апреля 1929 г. амбулаторно произведены мелкие косметические поправки по линии рубца между треугольным лоскутом и окружающей кожей.

На рис. 412 и 413 вид больного через полгода после основной операции. На фотоснимке видны следы швов из конского волоса—результат последних косметических поправок.

Случай 88

Больной А., 30 лет, грузчик. Перенес в детстве язвенное заболевание носа; в результате—обезображение и западение кончика носа. Повторная реакция Вассермана в течение нескольких лет дает постоянно отрицательный результат.



Рис. 417



Рис. 418

Больной женат, имеет трех здоровых детей. Реакция Вассермана, произведенная у нас, также дала отрицательный результат.

На рис. 417 вид больного при поступлении в отделение. Разрушен хрящевой остов носа. Вся эта часть вдавлена внутрь. Правое крыло носа изогнуто до спирали и уходит внутрь. Носовые отверстия расположены в вертикальной плоскости.

План восстановления составлен следующим образом: в первый момент намечена коррекция правого крыла, а затем, предварительно пересадив хрящ под кожу спинки носа, решено закончить операцию индийским лоскутом.

19 июня 1927 г. операция. Местная анестезия. Сделан поперечный разрез до кости на переносье на уровне углов глаз. Элеватором устроен туннель под кожей вниз до дефекта. Из правой реберной дуги взят хрящевой трансплантат и пересажен в туннель под кожей спинки носа. Наложен глухой этажный шов. Первичное натяжение.

2 июля 1927 г. катарактальным ножом правое крыло носа отсечено на месте его перехода в носовую перегородку. Деформированная часть крыла отсечена. На спинке носа врезана рана для приема крыла носа, край которого освежен в виде клина. Шов наложен из конского волоса. Первичное натяжение.

Подготовительные операции закончены.

24 февраля 1928 г. последний акт. Местная анестезия. Верхушка носа мобилизована сквозным полукруглым поперечным разрезом. Вскрыта полость носа. Верхушка носа освобождена настолько, что вход в нос располагается в горизонтальной плоскости.

Схема операции на рис. 419 и 420.

Выкроен опрокидывающийся лоскут на спинке носа, вооруженный хрящом. Лоскут повернут вокруг основания и пришит кетгутом свободным краем к выстилке верхушки носа. Конец хряща освобожден и введен между кожей верхушки носа и хрящевым остовом (рис. 419 и 420). Полость носа замкнута сшиванием боковых отделов опрокидывающегося лоскута с опрокидывающимися полосками освеженных краев. Образовавшаяся раневая поверхность покрыта мостовидным лобным лоскутом, основание которого находится в области



Рис. 419

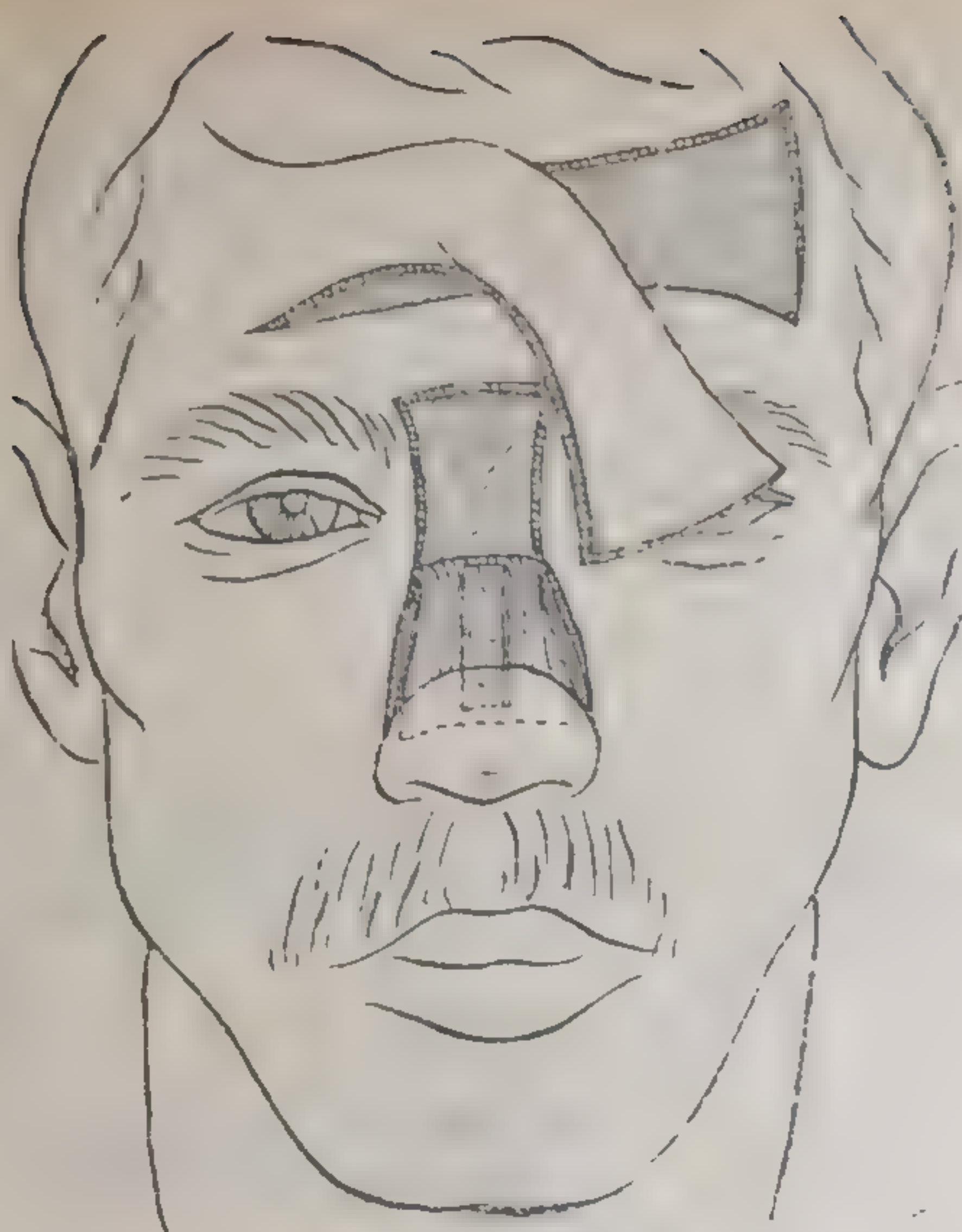


Рис. 420



Рис. 421

правой половины лба. Этим создано наружное покрытие. Рана на лбу стянута матрасными швами.

На рис. 421 хорошо видно положение верхушки носа. Вход в поздри расположен в горизонтальной плоскости. Правый уголок лобного лоскута омертвел. В остальном заживление первичным натяжением.

9 марта 1928 г. ножка наружного покрытия пересечена и возвращена на лоб, где вживлена после освежения краев. Верхний край прижившего лоскута вживлен в окружающие края. К этому времени отошел омертвевший участок, и под ним оказались хорошие грануляции. Этот участок покрыт тиршевским трансплантатом (11 марта 1928 г.), который прекрасно прижился.

На рис. 418 результат операции через два года.

Случай 89

Больная М., 24 лет. Специфическое разрушение носа. При первичном поступлении реакция Вассермана резко положительна. Больная выписана и амбулаторно получила несколько курсов лечения. Сейчас поступает снова; реакция Вассермана отрицательна.



Рис. 422



Рис. 423



Рис. 424

На рис. 422 вид больной к этому времени. Разрушена средняя часть носового моста. Верхушка носа опрокинута назад. Кожа в области поперечного рубца плотно спаяна с подлежащими тканями. Вход в нос обращен кпереди. Типичный pug-nose.

План восстановления составлен по способу, принятому для этого повреждения: откинуть верхушку носа вниз поперечным разрезом; выстилку образовывать из опрокидывающегося лоскута, а суппорт для разрушенной части носового моста — из реберного хряща.

8 февраля 1932 г. операция. Общий эфирный наркоз. Слева в подключичной ямке образован филатовский стебель, питающим концом в области головки плеча, лоскутным — вблизи мечевидного отростка грудины. Одновременно произведена трансплантация реберного хряща под кожу носа. Все зашито наглухо.

Заживление первичным натяжением.

1 марта 1932 г. под местной анестезией, у дистального конца стебля, выкроен миртообразный лоскут — будущее покрытие. Лоскут отделен от материнской почвы и сохраняет с ней связь на месте перехода в стебель. Под лоскут помещена свинцовая пластинка. Лоскут уложен на место и пришит к краям материнской почвы конским волосом. Заживление первичным натяжением.

7 марта 1932 г. операция. Местная анестезия. Дистальный конец стебля на месте его перехода в лоскут отделен от материнской почвы вместе с подлежащей частью лоскута, которая осталась неотделенной от предыдущей операции. Все это пришито вновь к материнской почве. Недавняя положительная реакция Вассермана побуждала нас к большой осторожности.

14 марта 1932 г. операция. Местная анестезия. Поперечным разрезом по линии вдавленного рубца верхушка носа мобилизована и отвернута вниз. Это удалось сделать без вскрытия полости носа, расслоив наружное покрытие от выстилки. Указанное обстоятельство изменило весь план операции, так как исчезла необходимость в выстилке на месте предполагавшегося дефекта при сквозном разрезе. В связи с этим проведен добавочный разрез кверху по средней линии по спинке носа.

Образовалось два лоскута в виде равнобедренных треугольников — правый и левый, — обращенные один к другому и к средней линии длинными катетами.



Лоскуты отслоены в обе стороны. Обнажился хрящ, который скальпелем извлечен из сращений и уложен на месте западения средней части носового моста. Нижний конец хряща подведен под отслоенную кожу верхушки носа. Хрящ фиксирован в новом положении кетгутовыми швами. Лоскут у дистального конца филатовского стебля отделен от материнской почвы и ему придан рисунок раневой поверхности на носу. Боковые поверхности лоскута освежены в виде клина для того, чтобы лучше адаптироваться с раневой поверхностью лоскутов носа, которые как бы накрывают лоскут. Последний пришит к раневой поверхности конским волосом, стебель спущен мимо верхушки носа по средней линии. Рана на груди закрыта крепкими матрасно-пуговичными швами.

Голова наклонена влево и левая мочка уха пришита одним шелковым швом к коже надключичной ямки по переднему краю *m. cissularis*. 8-образная повязка из мягкого марлевого бинта дополнила надежность фиксации головы.

Гладкое послеоперационное течение. Лоскут прекрасно прижился. Заживление первичным натяжением.

На рис. 425 результат этой операции.

6 апреля 1932 г. стебель отсечен—остаток его удален. Нижний край лоскута после удаления избытка жира вживлен «заподлицо» к краям раны. Первичное натяжение.

В течение ближайших месяцев сделано несколько мелких косметических поправок, удален избыток жира, произведена косметика рубцов и т. д.

На рис. 423 и 424 результат операции через два с половиной года (январь 1935 г.).

Г р у п п а п я т а я

СКВОЗНЫЕ РАЗРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ НОСОВОГО МОСТА

Здесь собраны случаи сквозных разрушений верхней и средней трети носового моста с полной потерей тканей, разрушение, названное американцами «птичьим клювом»—*bird-beak*.

Методом выбора для восстановления этой полной потери верхней половины носа является индийский способ с предварительной пересадкой хряща под кожу *glabella* в опрокидывающийся лоскут для выстилки.

Случай 90

Больная Ф., 21 г. Получила два года назад удар копытом лошади точно по переносью. Удар вдавил кость и оставил после себя рубец, плотно спаянный с подлежащими тканями.

На рис. 426 вид больной при поступлении в отделение. Вдавленное переносье находится почти на одном уровне с плоскостью внутренних углов глаза.

Представлялось две возможности уничтожить вдавление. Первый вариант—иссечь рубец и на освеженное ложе пересадить кожу, снабженную жиром, и затем последующими поправками вживить лоскут «заподлицо». Второй вариант—подойти «издали» к поперечному рубцу на переносье, постараться отделить его от кости и, подняв рубец, подвести под него хрящевой суппорт.

Первый вариант был более надежен и гарантировал успех, но он требовал более продолжительного срока для лечения и оставлял после себя много добавочных рубцов. Второй вариант казался более заманчивым, хотя мы и не были уверены в том, что нам удастся отделить рубец от кости. Однако в случае удачи при этом варианте одним разом заканчивалась операция при минимальном количестве вторичных рубцов. Поэтому мы остановились на втором способе.

28 мая 1928 г. операция. Местная анестезия. На *glabella* в складочке *m. corrugator supercilii* слева сделан продольный разрез до кости. Отсюда при помощи элеватора и глазного распатора с большой осторожностью отделен рубец от кости на переносье. В образованный канал пересажен хрящевой трансплан-



Рис. 426



Рис. 427



Рис. 428

тат, который прекрасно исправил вдавление. Наложен шов из конского волоса на кожу и глухой шов на рану на месте взятия хрящевого трансплантата.

Заживление первичным натяжением.

На рис. 427 и 428 результат операции.

Случай 91

Больной А., тюрк, 16 лет. Обширный сквозной люетический дефект верхней и средней трети носа. К нам больной переведен из венерического отделения,



Рис. 429



Рис. 430

где он получил несколько курсов специфического лечения. Сейчас реакция Вассермана отрицательна.

На рис. 429 вид больного при поступлении в отделение. Дефект начинается непосредственно от лобной кости у корня носа. Справа осталась кожа, покрывающая носовую кость. Слева разрушение захватывает отросток верхней челюсти, подходя к левому внутреннему углу глаза. Спайка сохранена. Оставшаяся еще треть носа опрокинута назад. Полость носа представляет собой огромную сплошную пещеру. От раковины и спинки не осталось никаких следов.

Предстояло восстановить целиком носовой мост во всех его слоях. Индийский метод в таких случаях является наилучшим.

26 декабря 1930 г. пересадка хряща под кожу лба в области glabella. Сделан поперечный разрез по линии верхнего края будущего опрокидывающегося лоскута. Кожа мпнирована элеватором к переносью. Разрезом параллельно правой реберной дуге обнажена хрящевая дуга. Извлечены два хрящевых трансплантата: один пересажен в туннель под кожу лба, другой, запасный, — под кожу живота, для чего кожа отслоена на некотором протяжении из той же раны, из которой взят хрящ. Раны защиты наглухо: на лбу конским волосом, на груди кетгут-шелком. Первичное натяжение.

1 февраля 1931 г. операция закрытия дефекта носового моста. Эфирно-масляный наркоз через прямую кишку. Выкроен опрокидывающийся лоскут, основанием у верхнего края дефекта, содержащий хрящ А (рис. 431). Края дефекта освежены и расслоены на два листка — слизистую и кожу. Опрокидывающийся лоскут повернут вокруг ножки и сшит кетгутом с отслоенной слизистой. Свободный конец хряща, выступающий за край лоскута, введен между кожей нижнего края дефекта и хрящом остатков носа.

На рис. 431 и 432 схема этой части операции.

Выстилка и суппорт носового моста готовы, остается покрытие. Для этого выкроен лобный лоскут основанием в области левой половины лба, лоскутным концом почти на высоте наружного угла правого глаза. Лоскут, повернутый вокруг ножки, образовал хорошее покрытие. Шейка лоскута вшита в рану на месте взятия опрокидывающегося лоскута. Сделано это с целью обеспечить более надежное питание лоскута (рис. 432). Рана в правой половине лба уменьшена матрасными швами.

Послеоперационное течение прошло не совсем гладко. Лобный лоскут — наружное покрытие — подвергся легкому некрозу самой поверхностной части

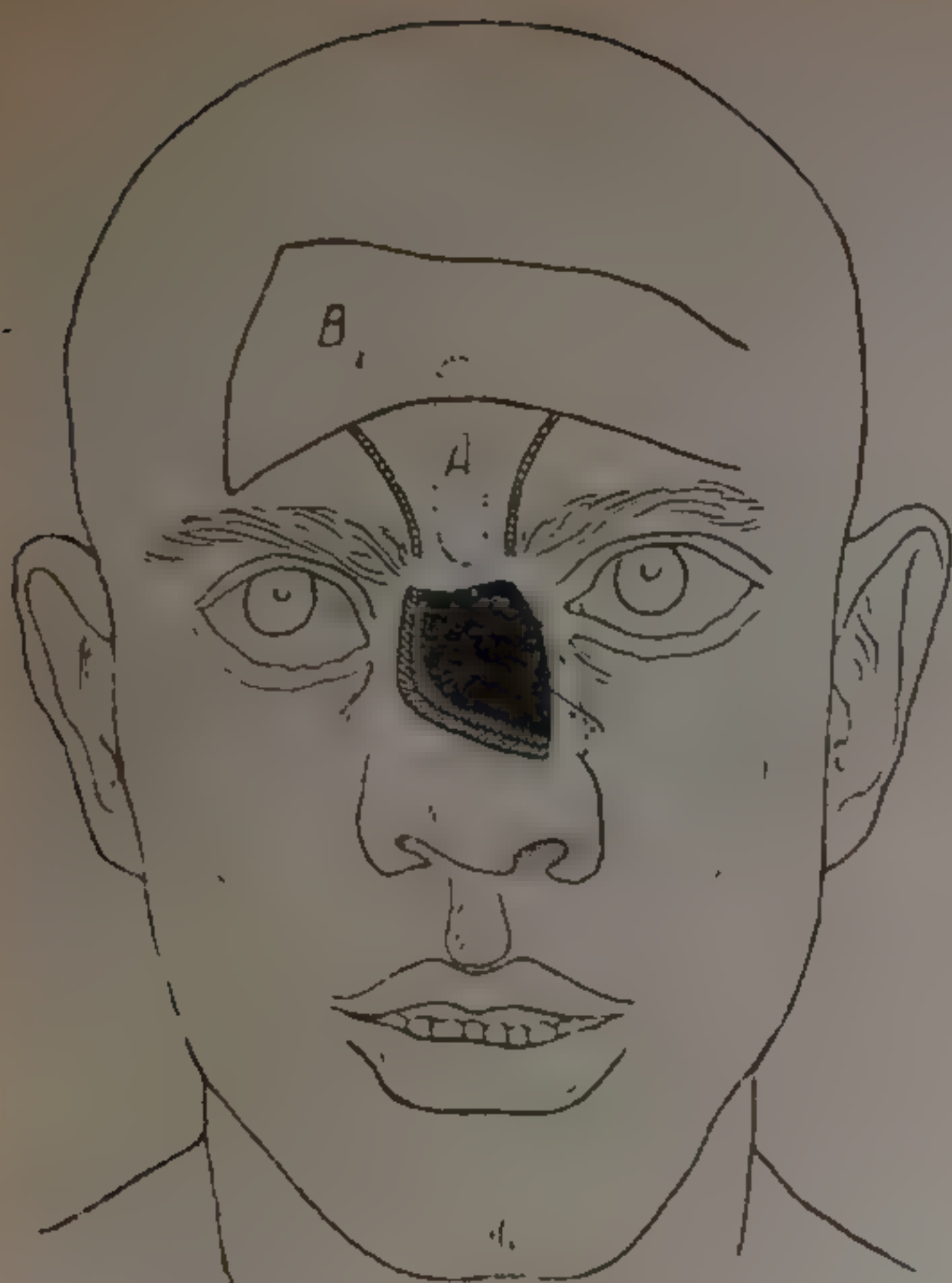


Рис. 431

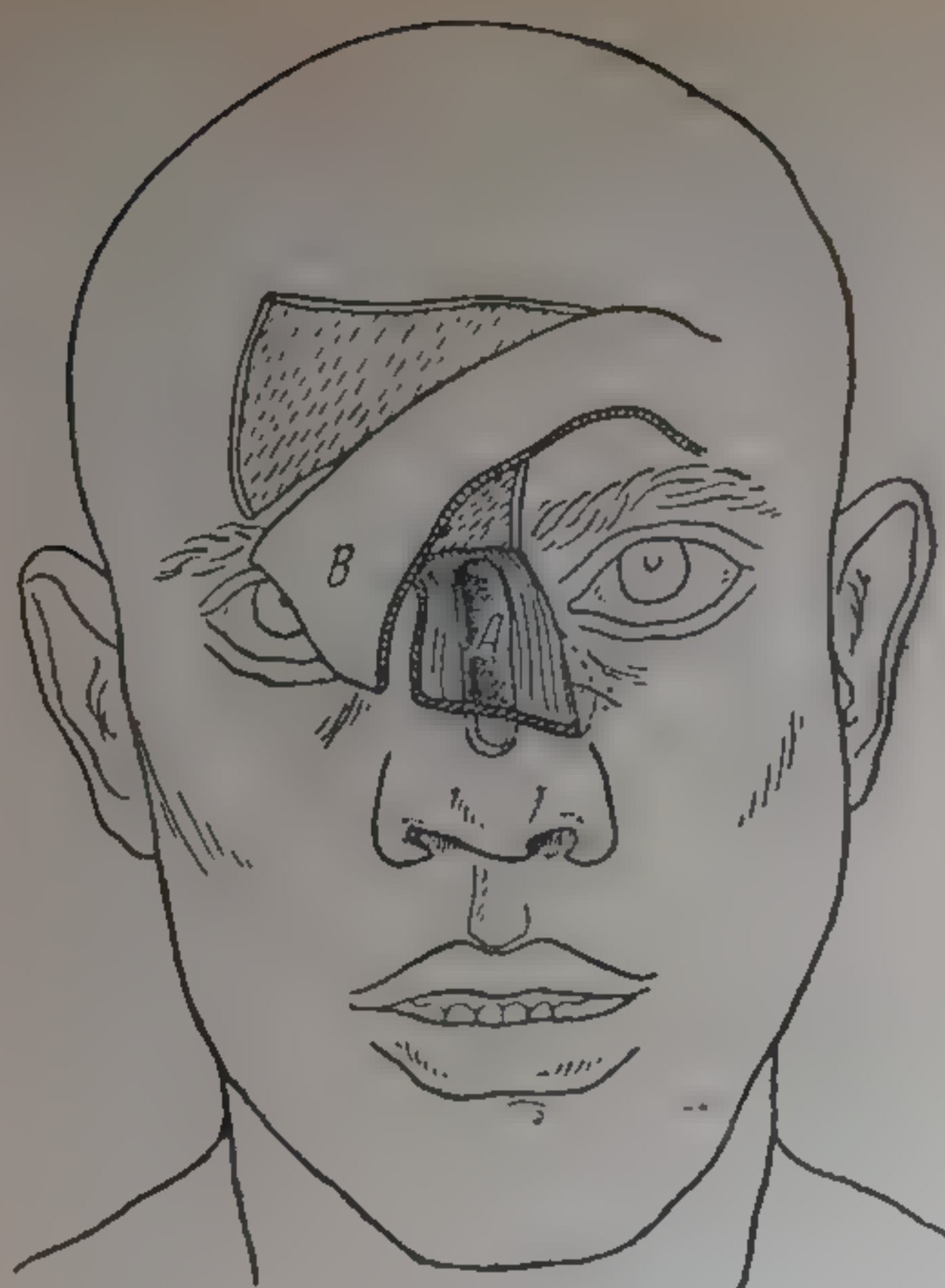


Рис. 432

эпителия. Тщательным уходом—теплые приращения, уменьшение натяжения в шейке—удалось почти целиком сохранить его. Выстилка не дала никаких осложнений. В течение ближайших недель омертвевшая поверхность отошла и под ней оказались хорошие грануляции. Хрящ нигде не обнажен. Вскоре все зарубцевалось, дефект закрыт целиком.

Ножка лобного лоскута пересечена, расправлена и возвращена на место—на лоб. В последующем сделано несколько косметических поправок, особенно по оформлению переноса.

На рис. 430 результат операции в день выписки из отделения. На лбу еще имеются гранулирующие точки.

Этот случай так же, как и многие другие, подтверждает следующее: в случае некроза лоскута, частичного или полного, не следует спешить с удалением омертвевшей части. Желательно перевести омертвевшую ткань в состояние высыхания—мумификации. Под такой сухой коркой прекрасно сохраняется все то, в чем теплится еще жизнь.

Корка эта служит прекрасным протективом. Необходимо терпеливо ждать, когда мумифицированный участок отойдет самостоятельно, так как к этому времени обычно под ним все зарубцовывается.

Чтобы добиться скорейшей мумификации, мы подвергаем лоскут высыханию, оставляя его совершенно открытым.

Совершенно неправильно спешить с насильственным удалением тканей, кажущихся омертвевшими, потому что первоначальный стаз в лоскуте постепенно проходит и то, что в начале казалось погибшим, постепенно оправляется и возвращается к жизни.

Случай 92

Больной Т., 40 лет. В августе 1929 г. подвергся нападению бандитов и получил кинжальные рубленые раны лица и правой кисти.

На рис. 433 и 434 вид больного при поступлении в отделение после заживления первичной раны. Костная часть носового моста вырублена. Полость носа зияет. Правая подглазничная область запала вследствие разрушения нижнего края глазницы. Разрушена спайка между верхним и нижним веком у внутрен-



Рис. 433



Рис. 434

него угла глаза и вследствие этого нижнее веко слегка опущено. Реакция Вассермана положительна. Проведен специфический курс лечения.

Предстояло восстановить среднюю часть носового моста, для чего мы выбрали пидийский метод. Западение под правым глазом решено исправить пересадкой хряща, который восполнит недостающую часть нижнего края глазницы.

4 января 1930 г. операция. Местная анестезия. Поперечный разрез на лбу до кости по линии верхнего края предполагаемого опрокидывающегося лоскута. Через этот разрез кожа лба минирована элеватором в направлении к переносью. Разрезом параллельно реберной дуге обнажена хрящевая дуга. Извлечено несколько хрящевых трансплантатов. Один пересажен под кожу лба в образованное для него ложе—для образования носового стропила. Другой кусочек пересажен под кожу в область нижнего края правой глазницы. Его назначение—исправить имеющееся здесь западение. Наконец третий трансплантат в качестве резервного депо оставлен под кожей живота, для чего образован карман в грудной ране на месте взятия хряща.

Повсюду глухой шов: на лице из конского волоса, на груди из кетгут-шелка. Все зажило первичным натяжением.

18 января 1930 г. операция. Местная анестезия. Восстановлена спайка между верхним и нижним веком у внутреннего угла левого глаза.

11 марта 1930 г. операция восстановления разрушенной части носового моста. Эфирно-масляный ректальный наркоз. На glabella выкроен опрокидывающийся лоскут, содержащий ранее пересаженный хрящ. Основание лоскута у верхнего края дефекта носа. Края дефекта освежены и расслоены на два листка—слизистую и кожу. Справа кожа отслоена несколько больше и, резецировав рубец, удалось уменьшить размеры кожного дефекта (EE_1 , 438). Опрокидывающийся лоскут повернут вокруг основания и пришит кетгутом к слизистой. Нижний конец хряща *A* скошен в виде клина и заведен между отслоенной кожей и хрящевым остовом (рис. 438). Затем выкроен лобный мостовидный лоскут *D* основанием в правой половине, лоскутным концом—в области левого лобного бугра. Лоскут перенесен на нос, пришит к краям воспринимающей почвы конским волосом. Рана в области glabella и на месте лобного лоскута

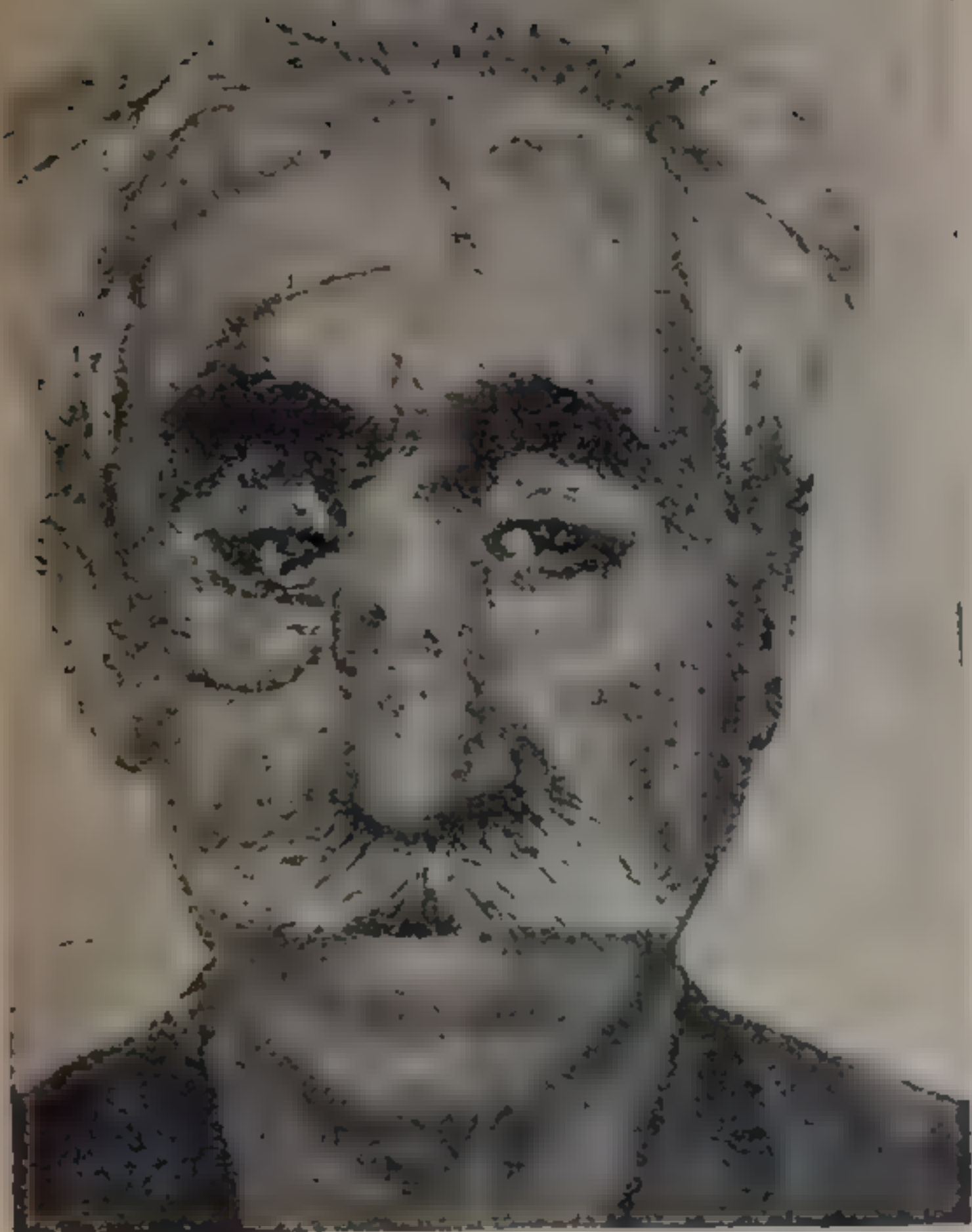


Рис. 435



Рис. 436



Рис. 437

сужена так, как это показано на рис. 439. Для этого пришлось отслоить на значительном протяжении кожу лба вверх. Гладкое послеоперационное течение. Все зажило первичным натяжением:

24 марта 1930 г. ножка лобного лоскута пересечена на месте ее перехода в лоскут. Ножка распластана: для ее приема освежены и приподняты края лоб-

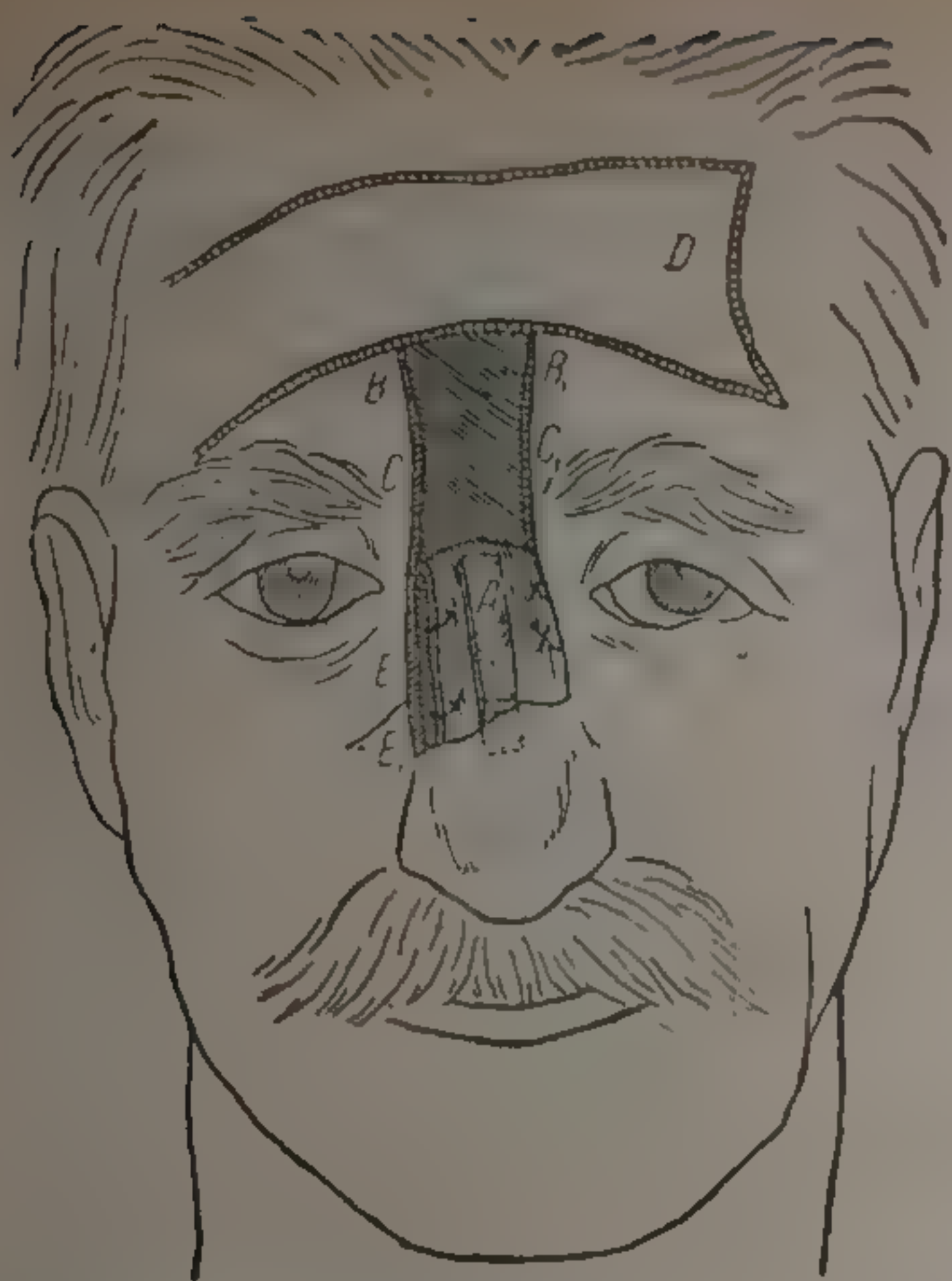


Рис. 438

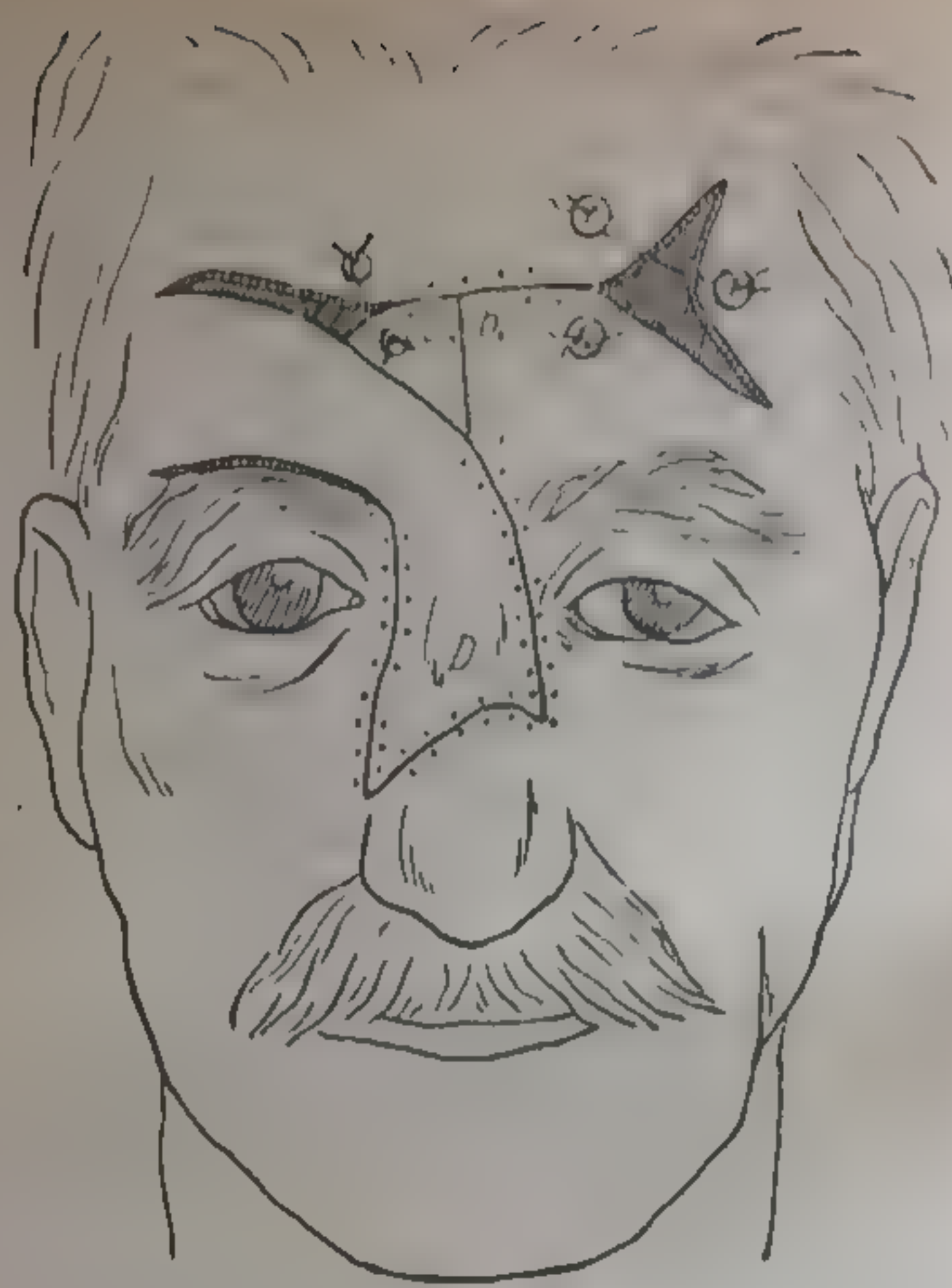


Рис. 439

ной раны. Раневые края лоскута на переносье вживлены «заподлицо». На лоб наложена повязка. Нос оставлен открытым. Первичное натяжение.

Начерно готовый носовой мост подвергся в дальнейшем маленьким косметическим поправкам. Исправлены линии рубцов, углублено переносье и т. д.

Разрушенная часть восстановлена полностью. На рис. 435, 436 и 437 результат операции.

— Группа шестая и седьмая

РАЗРУШЕНИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ НОСА

Здесь собраны случаи с разрушением нижней трети носа.

Случаи, относящиеся к этой группе, представляют наиболее трудную часть ринопластики вследствие сложной формы верхушки носа и перехода ее в крылья и vestibulum. Наличие здесь широких отверстий—ноздрей—требует очень много времени, труда и изобретательности, чтобы приготовить хорошую верхушку носа.

Постепенно у нас выработался некоторый стандарт для повреждений подобного рода, что позволяет нам улучшать окончательную отделку формы носа.

Для выстилки мы пользуемся опрокидывающимся лоскутом со спинки носа, снабженного предварительно реберным хрящом. В качестве наружного покрытия здесь можно с одинаковым успехом применять и индийский лоскут, и лоскут на филатовском стебле. Индийский лоскут дает всегда косметически лучший результат. Его фактура идентична коже носа; он не отнимает того времени, которое необходимо на образование филатовского стебля, его созревание и подготовку лоскута.

Иногда один способ дополняет другой. Но филатовский стебель имеет и большие преимущества—лоскут на его конце находится в надежных условиях питания, особенно у люетиков. После приживления лоскута стебель можно использовать для дальнейших построений (см. в главе о сложных повреждениях).

При этих операциях следует позаботиться об образовании хорошо проходимых для воздуха и достаточных по диаметру ноздрей.

После отсечения ножки лоскута необходимо, не спеша, оформлять верхушку носа и область переносья. Эти мелкие поправки заканчивают сходство нового носа с естественным.

Переходы краев лоскута в окружающие ткани нужно сделать мало замет-

ными и линейными. Для этого приходится добавочно иссекать первичные после-
операционные рубцы и, освежая края раны в виде параллельных косых пло-
скостей, сшивать их конским волосом.

Часть случаев с полным разрушением носа не вошла в эту группу, а изла-
гается в отделе сложных повреждений.

Случай 93



Рис. 440



Рис. 441



Рис. 442

Больная К., русская, 42 лет, волжанка. В раннем детстве перенесла волчанку лица, в результате чего разрушена верхушка носа. По щекам и верхней губе обширный плоский, блестящий рубец. Левый носовой ход совершенно облитерирован, правый значительно сужен. Справа сохранился небольшой остаток крыла носа. Реакция Вассермана отрицательна.

План восстановления составлен следующим образом: под кожу носового моста—будущий опрокидывающийся лоскут—пересаживается реберный хрящ; наружное покрытие образуется на груди и переносится на нос на филатовском стебле.

Имея в виду поражение кожи лица волчанкой, мы предпочли в этом случае филатовский стебель, так как он больше гарантировал нам судьбу лоскута, чем индийский способ.

26 декабря 1929 г. операция. Общий эфирный наркоз. Слева, в подключичной ямке, образован филатовский стебель. Питающий конец — в области головки плеча, лоскутный — вблизи мечевидного отростка грудины.

Первичное натяжение.

16 января 1930 г. пересадка хряща под кожу носа. Местная анестезия. Сделан поперечный разрез до кости на переносье на уровне углов глаза. Через этот разрез кожа носа минирована вниз. В образованный канал пересаживается хрящевой трансплантат, взятый из реберной дуги. Еще два трансплантата в качестве резервного депо пересажены под кожу грудной клетки через ту же рану, при помощи которой обнажена реберная дуга. Наложен глухой шов.

Первичное натяжение.

25 февраля 1930 г. в рубцовой перепонке на месте левой ноздри скальпелем сделано отверстие. Рубец удален—отверстие расширено. То же сделано и с правой ноздрей. В оба носовых хода вставлены дренажные трубки, покрытие тиршевскими трансплантатами (вкладка Эссера).

На рис. 440 вид больной после всех этих подготовительных операций. Более ранний фотоснимок, непосредственно при поступлении в отделение, у нас не сохранился. Больная выписана на месяц домой, но появляется снова лишь в конце 1930 г.

7 января 1931 г. операция. Местная анестезия. У дистального конца стебля

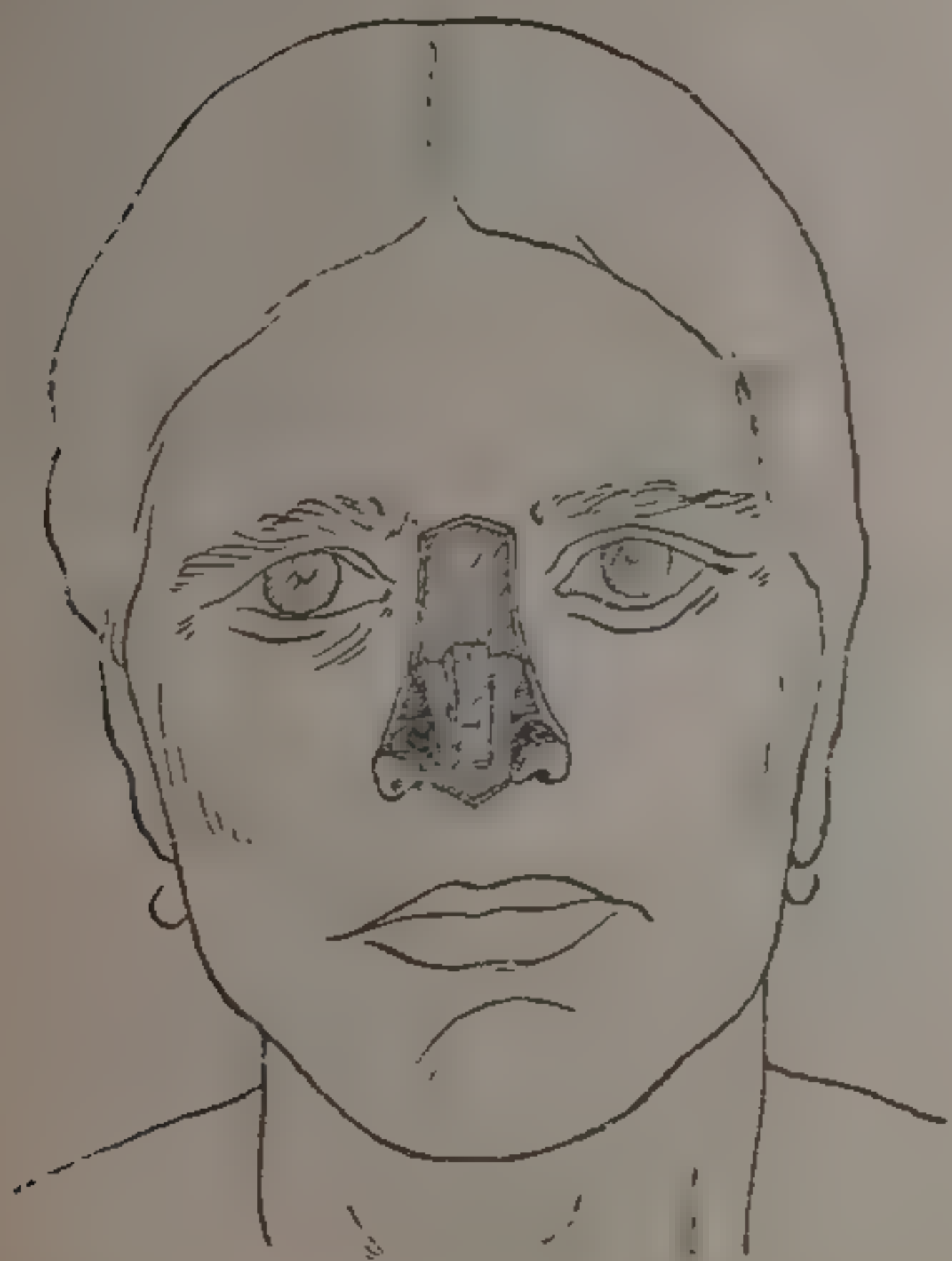


Рис. 443



Рис. 444

выкроен треугольный лоскут основанием к стеблю. Лоскут отделен от материнской почвы, исключая основание на месте перехода в филатовский стебель. Под лоскут уложена станиолевая пластинка, по форме и размерам соответствующая лоскуту.

Лоскут уложен вновь в свое ложе и пришит конским волосом к краям материнской почвы.

Гладкое послеоперационное течение.

13 января 1931 г. операция образования верхушки носа. Местная анестезия. На спинке носа выкроен опрокидывающийся лоскут, заключающий в себе хрящ. Лоскут повернут вокруг своего основания. Остаток правого крыла носа мобилизован сквозным разрезом по ходу бороздки и установлен свободным краем в горизонтальной плоскости. Раневой верхний край расщеплен на два листка — внутренний и наружный.

Слева от крыла носа ничего не осталось. Однако мы выкраиваем из окружающей кожи лоскуток, симметричный по рисунку правому. На рис. 443 схема выкраивания лоскутов. Раневая поверхность продолжена по бокам дефекта: между основанием опрокидывающегося лоскута и верхним краем выкроенных крыльев носа. Внутренняя губа этой раны превращена в опрокидывающиеся каемочки, сшитые кетгутом с опрокидывающимся лоскутом (А, рис. 443). Ниже опрокидывающийся лоскут сшит с внутренними краями крыльев носа. Таким образом выстилка готова.

Лоскут на филатовском стебле В отделен от материнской почвы и перенесен в качестве наружного покрытия на рану носа. Лоскут пришит повсюду конским волосом. Свободный нижний край опрокидывающегося лоскута А пришит к основанию лоскута В тонким кетгутом. Рана на груди стянута крепкими матрасными швами. Левая мочка уха пришита тонким шелком к коже в области наружной трети ключицы. 8-образная марлевая повязка фиксирует это положение.

На третий день после операции на лице больной появилось распространенное рожистое воспаление, перешедшее в ближайшие дни на волосистую часть головы. Сделаны инъекции молока под кожу и облучение кварц-лампой. Несмотря на рожистое воспаление лоскут и стебель в прекрасном состоянии. 20 января 1931 г. рожа стихает. Стебель великолепно прижился, и мы сняли швы. 28 января 1931 г. температура нормальна (рис. 444).

18 февраля 1931 г. стебель отсечен. Остаток стебля на лоскуте распластан, избыток жира с его задней поверхности удален и лоскуток завернут внутрь. Шелковые швы, прошитые через край, выведены через спинку носа наружу. Натяжение этих швов, завязанных на пуговице, удерживает лоскут в необходимом положении. Остаток стебля ампутирован. Рана зашита наглухо.

Гладкое послеоперационное течение.

30 марта 1931 г. произведено оформление кончика носа. Сделан полулунный разрез; удален некоторый избыток жира. Края раны сшиты конским волосом. Оформлено переносье — сделаны поправки на крыльях носа.

Несмотря на наличие хряща нос не имеет надлежащего очертания. Наличие жира в лоскуте нарушает форму, особенно в боковых отделах. Поэтому наряду с удалением избытка жира, мы решаем произвести добавочную пересадку хряща на манер операции Израеля при седлообразном носе.

28 апреля 1934 г. операция. Местная анестезия. По старому рубцу отделена верхняя половина наружного покрытия, удален избыток жира, затем извлечен хрящ из подкожного депо на брюшной стенке. Хрящ уложен по средней линии носа от уровня углов глаз до верхушки. Шов из конского волоса. Первичное натяжение.

Особый интерес этого случая заключается в том, что несмотря на перенесенную рожу лоскут и стебель не только сохранили жизнеспособность, но и великолепно прижились. Этот факт среди многих других еще раз подтверждает замечательные свойства филатовского стебля.

На рис. 441 и 442 результат операции через полгода.

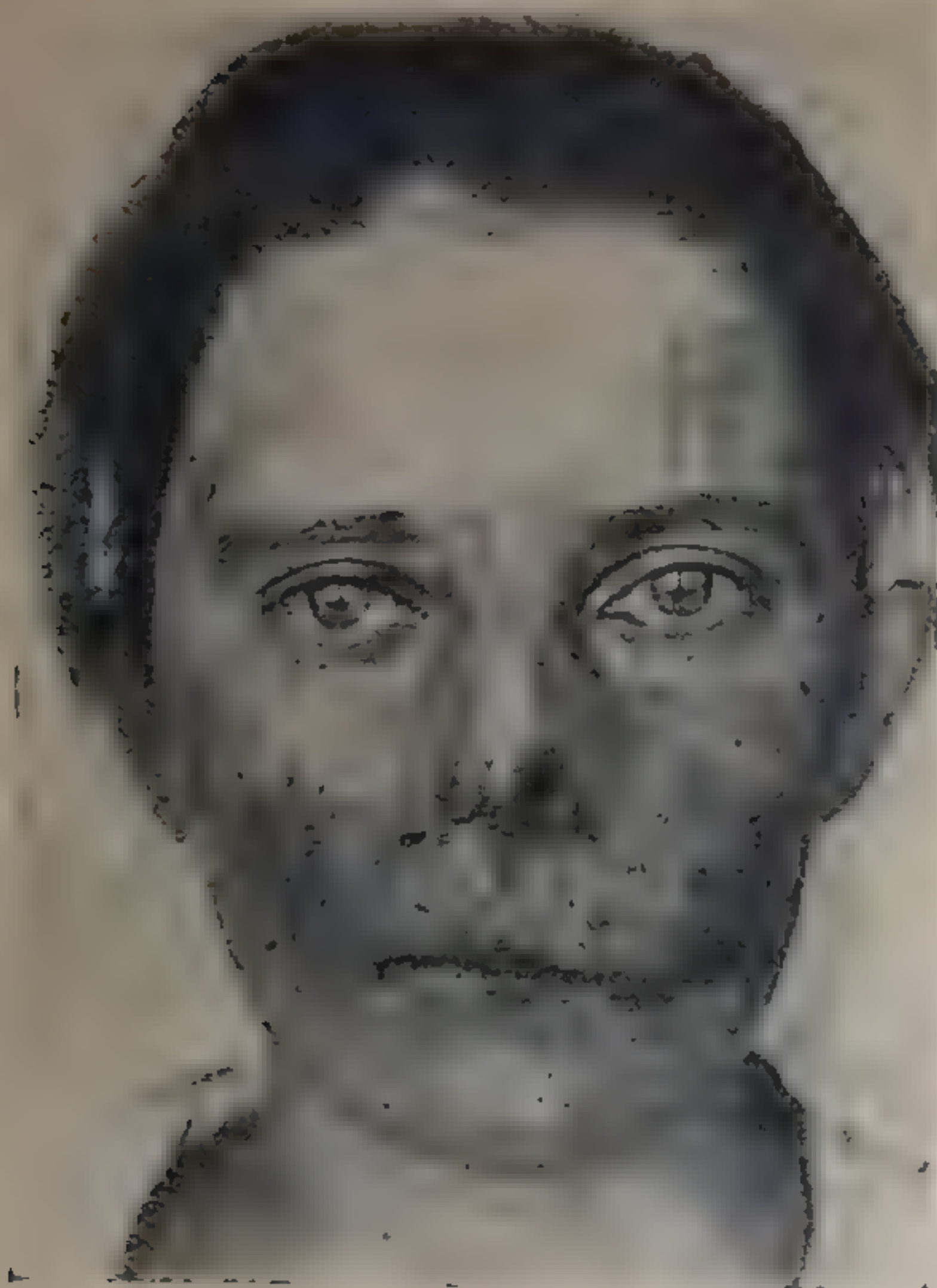


Рис. 445



Рис. 446]



Рис. 447

Больная Е., 22 лет, крестьянка из Муганской степи. Явилась к нам в отделение с просьбой «исправить нос».

У больной незаконченная волчанка. Больная направлена в кожную клинику, где с небольшими перерывами в течение двух лет успешно лечилась раз-

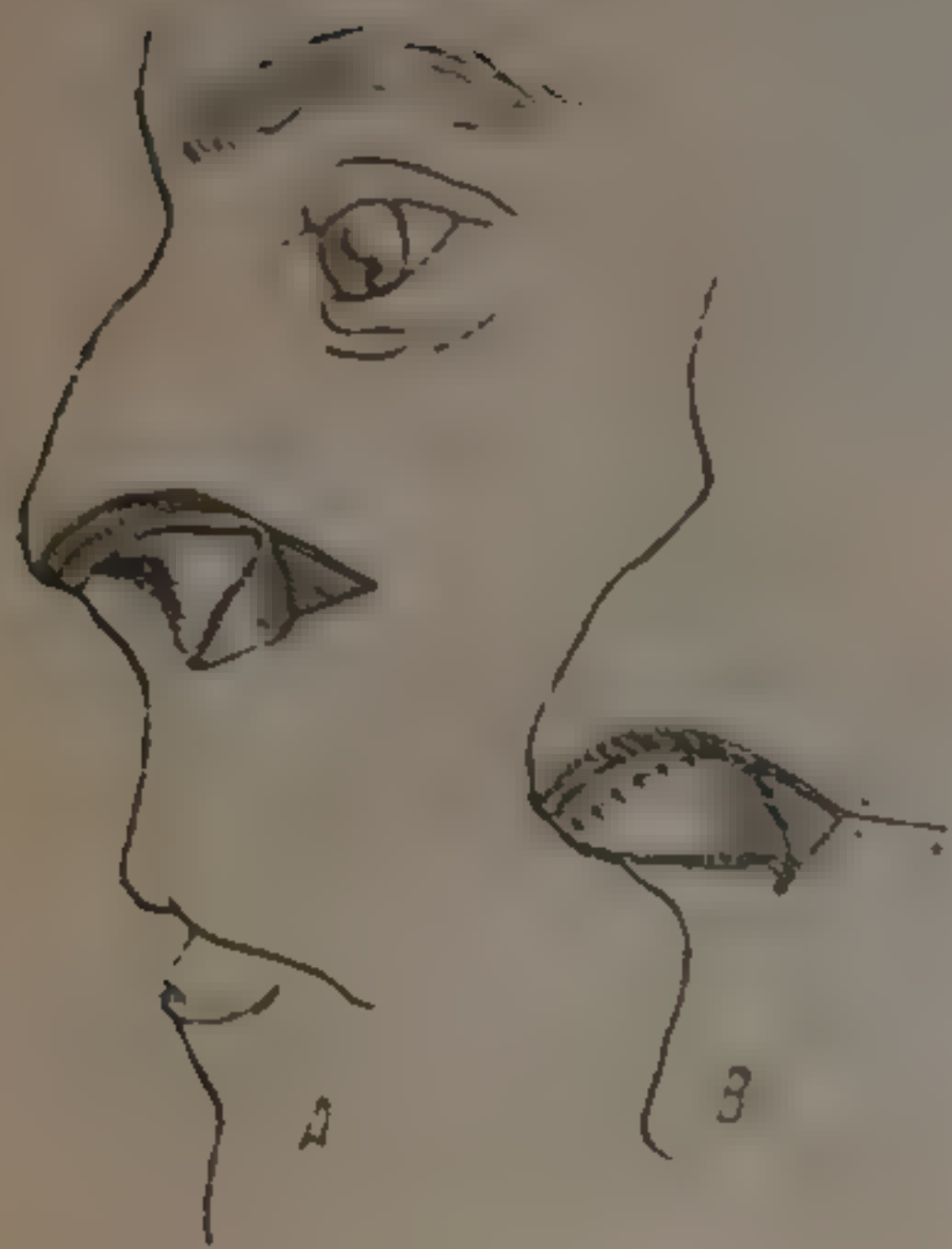


Рис. 448



Рис. 449

личными физиотерапевтическими мероприятиями. Сейчас все зажило, и больная поступает для восстановления верхушки носа.

На рис. 445 вид больной при поступлении в отделение. Волчаночный рубец покрывает обе щеки и верхнюю губу. Кончик носа деформирован, кожа заменена рубцом. Левое крыло носа разрушено, носовой ход облитерирован—едва пропускает головку пуговичного зонда. Таким образом разрушение коснулось больше всего наружного покрытия; хрящевой остов цел за исключением левого крыла; правое крыло сохранено, но также лишено нормальной кожи.

Наш первоначальный план состоял в следующем: расширить левую ноздрю и затем образовать левое крыло носа.

25 августа 1928 г. под местной анестезией иссечен рубец, закрывающий левую ноздрю, благодаря чему диаметр отверстия стал больше. Слизистая сшита с кожей конским волосом.

10 сентября 1928 г. операция. Местная анестезия. Слева в подключичной ямке образован филатовский стебель питающим концом вблизи головки плеча, лоскутным—в направлении середины грудины. Наложены швы из конского волоса на стебле и крепкие матрасные швы на кожу на месте выкроенного стебля.

Первичное натяжение.

30 октября 1928 г. операция образования левого крыла носа. Местная анестезия. У заднего края дефекта образован треугольный опрокидывающийся лоскут из рубцовой ткани. Края дефекта освежены и внутренняя губа раны сшита с опрокидывающимся лоскутом так, как это показано на рисунке (рис. 448, А и В). У грудинного конца стебля выкроен лоскут для наружного покрытия, по величине соответствующий дефекту. Лоскут на стебле перенесен на нос и пришит к наружной губе раны конским волосом, также и к свободному краю выстилки. 8-образная повязка из мягкого марлевого бинта вокруг головы и левого плеча фиксирует необходимый наклон головы.

Первичное натяжение.

17 ноября 1928 г. стебель отсечен на месте его перехода в лоскут. Раневой край лоскута вживлен в окружающие ткани. Остаток стебля удален. На рану наложен узловатый шелковый шов.

Первичное натяжение. На рис. 449 результат операции.

Однако больная осталась недовольна полученным успехом. Она резонно

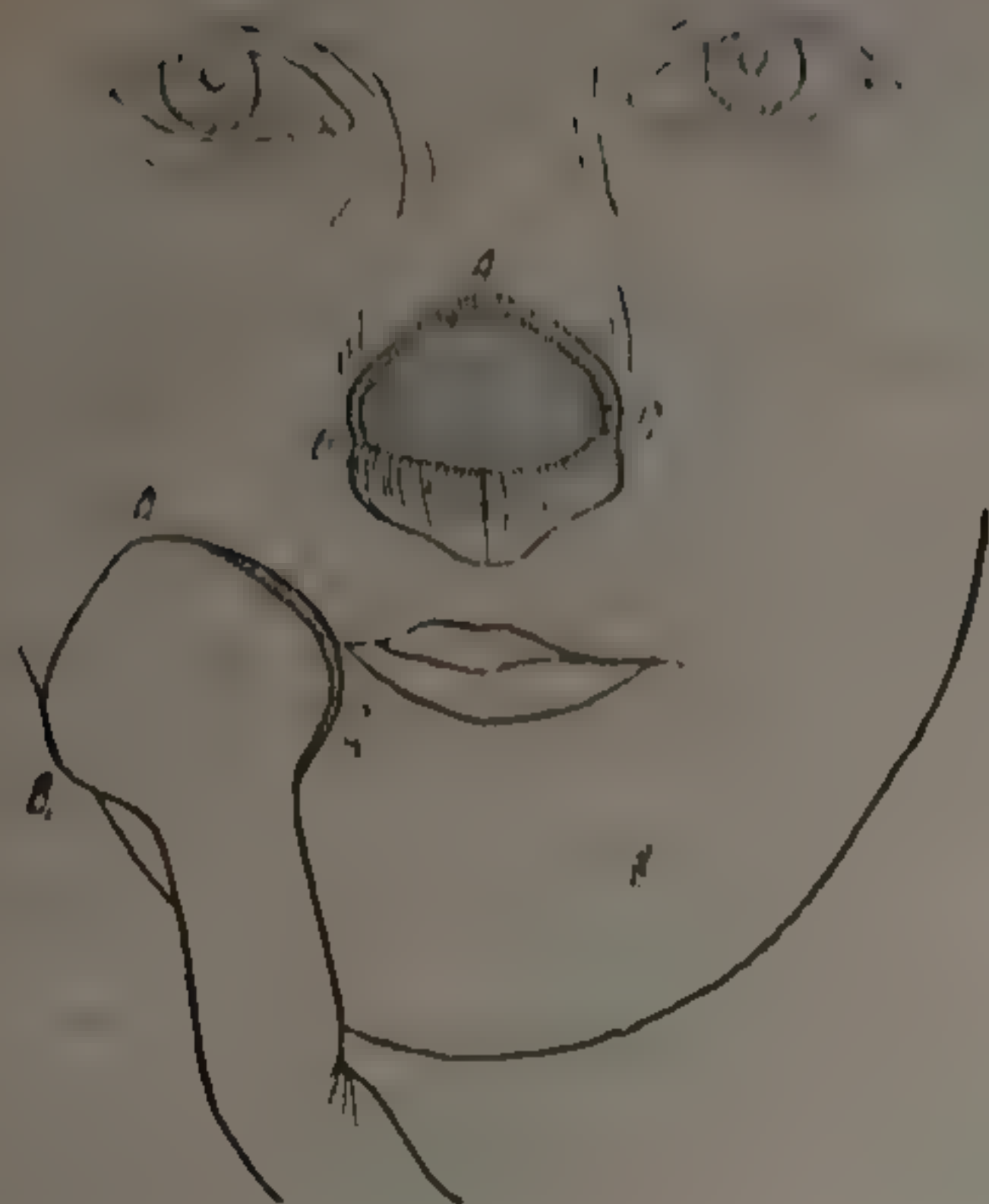


Рис. 450



Рис. 451

указывает на отсутствие мягкости в форме верхушки носа, покрытого рубцом. Ее соображения казались нам вполне убедительными, и больная возвращается в отделение.

14 марта 1929 г. операция. Справа в подключичной ямке образован филатовский стебель.

Гладкое послеоперационное течение.

9 апреля 1929 г. операции образования покрытия для кончика носа (рис. 450). Выкроен опрокидывающийся лоскут основанием вниз. Край раны ВАС минирован для встречи с лоскутом. У дистального конца стебля выкроен миртообразный лоскут $B_1A_1C_1$ и на филатовском стебле перенесен на рану носа. Лоскут шит в раневую поверхность конским волосом. Опрокидывающийся лоскут покрыл остаток раневой поверхности ближе к стеблю. Голова фиксирована 8-образными ходами марлевого бинта вокруг плеча.

Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение.

На рис. 451 результат операции.

27 апреля 1929 г. стебель отсечен на 2—3 см проксимальнее лоскута. Остаток стебля на лоскуте расправлен; удален избыток жира и свободный край подвернут внутрь при помощи матрасного шва, выведенного наружу на спинке носа. Шов завязан над пуговицей (рис. 471).

7 мая 1929 г. справа и слева симметрично иссечены полулунные полоски кожи вместе с жиром, оформляющие бороздки крыльев носа. Ранам дана возможность зажить *per granulationem* для получения вдавленного рубца.

16 мая 1929 г. на нижней поверхности носа симметрично иссечены веретенообразные кусочки кожи вместе с глубоким жиром. Этим оформлены наружная поверхность носа и вход в него.

На рис. 446 и 447 результат операции через полгода.

Случай 95

Больная Г. А., румынка, 16 лет. В раннем детстве перенесла волчанку лица, в результате чего у нее разрушена верхушка носа.

На рис. 452 и 453 вид больной при поступлении в отделение. На щеках и верхней губе старые блестящие, плоские волчаночные рубцы. Верхушка носа раз-

рушена. Сохранилась часть правого крыла и остаток хрящевой части носовой перегородки. Левое крыло разрушено. Реакция Вассермана отрицательная.

В этом случае мы предпочли бы воспользоваться индийским способом, так как кожа лба в хорошем состоянии. Однако больная возражает против всяких способов, связанных с образованием добавочных рубцов на лице. Поэтому мы и обращаемся к нашей методике к опрокидывающемуся лоскуту плюс филатовский стебель. Так как необходимо было восстановить только кончик носа, мы считали излишним добавление хряща. Контур кончика можно получить из мягких тканей.

17 марта 1932 г. операция. Общий эфирный ингаляционный наркоз. Справа в подключичной ямке образован филатовский стебель питающим концом в области головки плеча, лоскутным—в области мечевидного отростка грудины. Край стебля сшиты конским волосом. Рана на месте вырезывания стебля зашита крепкими матрасными пуговичными швами.

Первичное натяжение.

13 апреля 1932 г. у дистального конца стебля выкроен миртообразный лоскут, отделенный от материнской почвы повсюду, за исключением основания на месте перехода в стебель. Под лоскут уложена станиолевая пластинка, повторяющая форму и размер лоскута. Лоскут уложен вновь в свое ложе поверх пластинки и пришит конским волосом к краям материнской почвы.

17 апреля 1932 г. операция образования вершухи носа. Эфирно-масляный ректальный наркоз через прямую кишку. Остаток правого крыла расщеплен на листки—внутренний и наружный. Слева из края носа выкроен сквозной серповидный лоскут основанием кзади, напоминающий свободный край крыла носа. Разрез прошел по уцелевшей бороздке крыла носа. Затем выкроен на спинке носа опрокидывающийся лоскут в виде трапеции узким основанием к корню лоскута. Широкая часть у углов глаза. Лоскут повернут вокруг ножки и пришит к внутренним листкам крыльев носа. Боковые отделы опрокидывающегося лоскута сшиты с освеженной каемкой кожи носа. Выстилка готова. Лоскут на груди отделен окончательно и перенесен на раневую поверхность носа, где сшит с воспринимающими краями и выстилкой внизу конским волосом.



Рис. 452



Рис. 453



Рис. 454



Рис. 455



Рис. 456

Правая мочка уха пришита одним швом к коже плеча. 8-образная повязка вокруг головы и плеча.

19 апреля 1932 г. у больной рожка лица, перешедшая на лоскут и стебель. Инъекции молока под кожу через день и облучение кварцем.

20 апреля 1932 г. краевое омертвление наиболее периферической части покрытия в поперечнике 3—5 мм. 25 апреля температура нормальная, небольшое нагноение под лоскутом. Наложен застойный биит на шею по Виру. Теплые ирригации. Лоскут сползает вниз вследствие наличия нагноения. К 5 мая лоскут сполз вниз и держится на кончике носа на узенькой гранулированной полоске. Остальная часть раны, выше, покрыта хорошими грануляциями. Несмотря на рожку остов выстилки сохранился целиком.



Рис. 457

9 мая 1932 г. у больной уже много дней нормальная температура. Мы решаемся имплантировать сползший лоскут вновь на его место на носу. Лоскут отделен. Края воспринимающей поверхности на носу освежены и приподняты ножом. Лоскут увеличен за счет расщепления подлежащей части стебля. Края лоскута освежены в виде клина. Лоскут пришит конским волосом. Вновь наложена 8-образная повязка вокруг плеча и головы.

На рис. 457 больная на 10-й день после операции. Пуговичный шов через тело стебля подвешивает его к коже лба, освобождая этим лоскут от излишней тяжести.

28 мая 1933 г. стебель отсечен на 1,5—2 см проксимальнее лоскута. Остаток стебля распластан. Ране на внутренней поверхности дана возможность зарубцеваться вторичным натяжением.

Сделано это по следующим соображениям: вследствие недавно перенесенной рожи и повторных манипуляций на лоскуте он отекает и сейчас приступить к окончательному оформлению преждевременно; затем рубцевание гранулирующей поверхности лоскута заворачивает его внутрь, помогая этим оформлению вершины носа. Большой лоскут как бы имеет очертания будущего кончика носа, но в грубой и увеличенной форме. Это—«болванка», подлежащая обработке.

24 июня и 11 июля произведены добавочные операции. Обработана верхушка носа, затем вживлены в нормально-анатомические положения крылья носа. 6 августа освежен остаток носовой перегородки и пришит к лоскуту, выкроенному на выстилке—образована *columella*.

4 и 12 октября 1933 г. сделаны исправления поочередно правого и левого крыла носа. Образованы бороздки крыльев носа вырезыванием серповидных лоскутков кожи.

На рис. 454, 455 и 456 результат операции.

Случай 96

Больная Ш., 40 лет. Три недели назад муж в припадке острого психоза откусил ей верхушку носа.

На рис. 458 вид больной при поступлении к нам в отделение. Отсутствует



Рис. 458



Рис. 459



Рис. 460

верхушка носа по границе apertura piriformis. Сохранились остатки крыльев носа. На оставшейся части носовой перегородки гранулирующая площадка. Реакция Вассермана отрицательная. Необходимо восстановить верхушку носа во всех ее слоях, используя при операции остатки крыльев носа. Наиболее целесообразным в этом случае нам казался индийский способ, дающий всегда наилучшие косметические результаты, так как фактура лобной кожи идентична коже носа. Широкий лоб больной и отсутствие в анамнезе сифилиса позволяли более свободное обращение с лоскутами и трансплантатами.

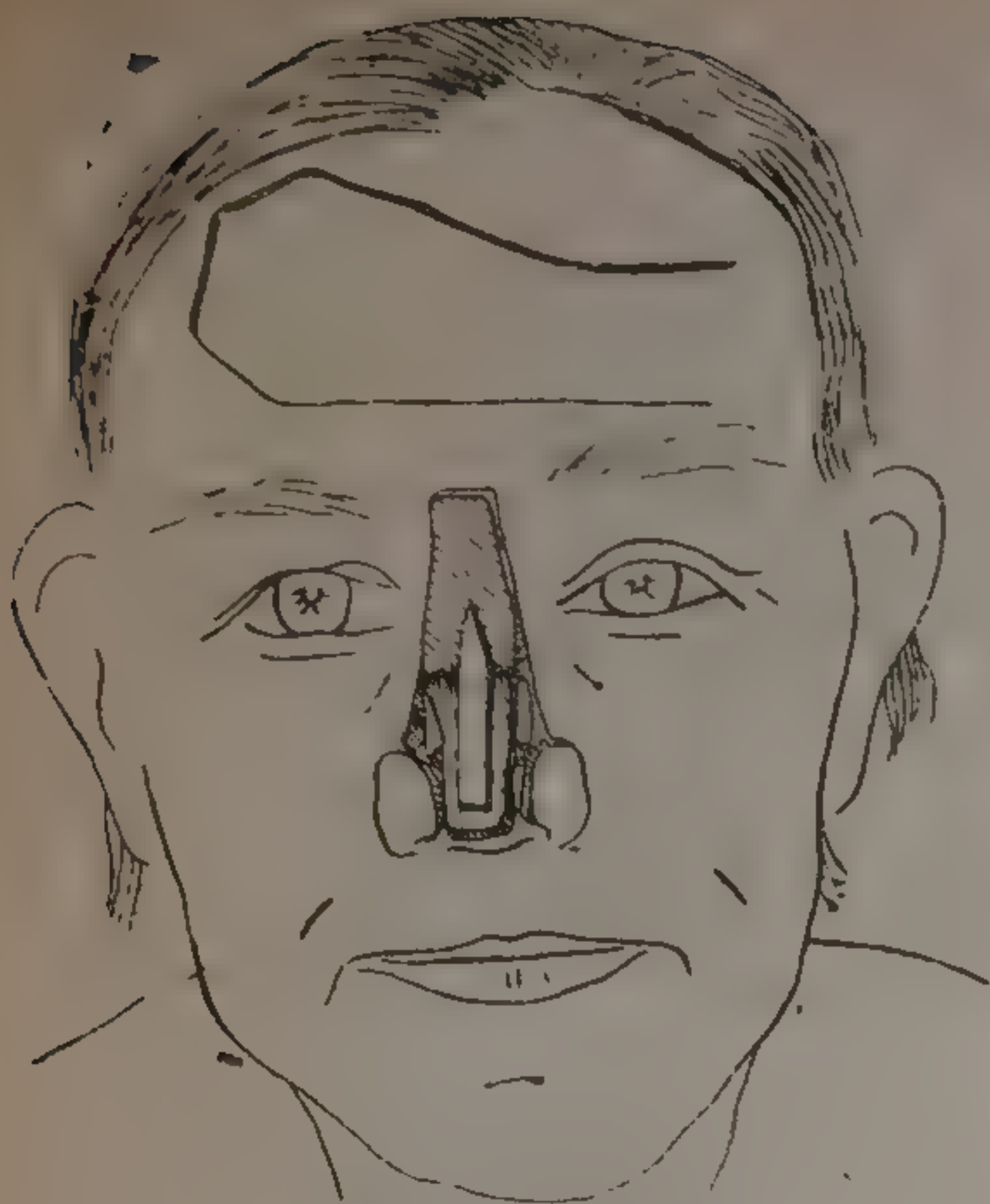


Рис. 461



Рис. 462

8 августа 1933 г. операция. Местная анестезия. Пересадка хряща на спинку носа под будущий опрокидывающийся лоскут. Поперечный разрез до кости на переносье на уровне внутренних углов глаза. Кожа носового моста минирована вниз элеватором до уровня дефекта. Слева из реберной дуги вырезаны три хрящевых трансплантата и один из них пересажен под кожу носа в образованный туннель.

Имея в виду, что при образовании носа хрящ выйдет в опрокидывающийся лоскут, острый конец хряща обращен вниз. Два других хрящевых трансплантата пересажены под кожу живота в качестве резервного депо. Глухой шов на носу и груди.

Первичное натяжение.

Больная временно выписана. В начале ноября 1933 г. она поступает вновь для продолжения операции.

5 ноября 1933 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. На спинке носа выкроен опрокидывающийся лоскут основанием к дефекту, свободным краем—на уровне внутреннего угла глаза (рис. 461). Лоскут отделен вместе с пересаженным хрящом и повернут эпителиальной поверхностью внутрь. Для его приема освежена линия разреза по бокам от дефекта. Мобилизованы остатки крыльев. Их медиальные края расщеплены и сшиты с образуемой выстилкой. Затем выкроен лобный мостовидный лоскут основанием слева, свободным концом—в области правого лобного бугра. Лоскут перекиннут через неповрежденную кожу glabella и пришит к раневой поверхности на спинке, в области дефекта, к крыльям носа и внизу к свободным краям выстилки.

Рана на лбу уменьшена натяжением матрасных швов. На рис. 461 схема операции.

Гладкое послеоперационное течение. Лоскут прижился первичным натяжением.

На рис. 462 результат операции.

27 ноября 1933 г. лобный лоскут отсечен на месте его приживления к переносью. Ножка возвращена на лоб и вживлена в освеженное ложе. Раневой край лоскута на носу вживлен в край кожи переносья. В дальнейшем произведены мелкие поправки: на переносье—удаление избытка жира, на лбу—косметика рубца.

На рис. 459 и 460 пациентка через год после операции.

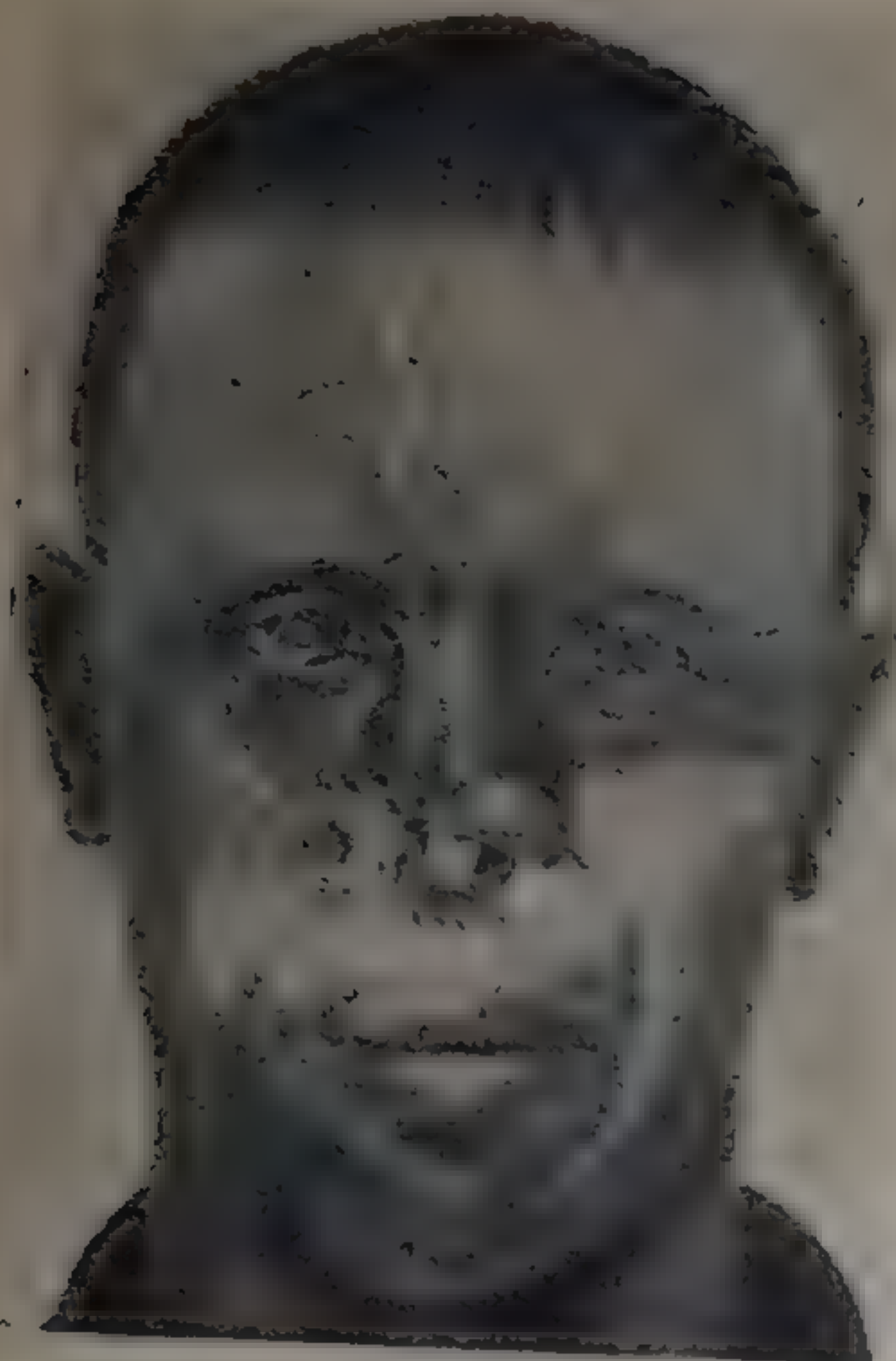


Рис. 463



Рис. 464



Рис. 465

Больной Х., 29 лет, бухгалтер. Перенес в детстве волчанку лица, которая разрушила кончик носа и оставила обширные рубцы на поверхности лица.

На рис. 463 и 464 вид больного при поступлении в отделение. Нижняя треть носа разрушена. Сохранилась носовая перегородка. Основной массив рубца располагается вокруг этого участка. Кожа тела губы заменена рубцом, а потому лишена растительности.

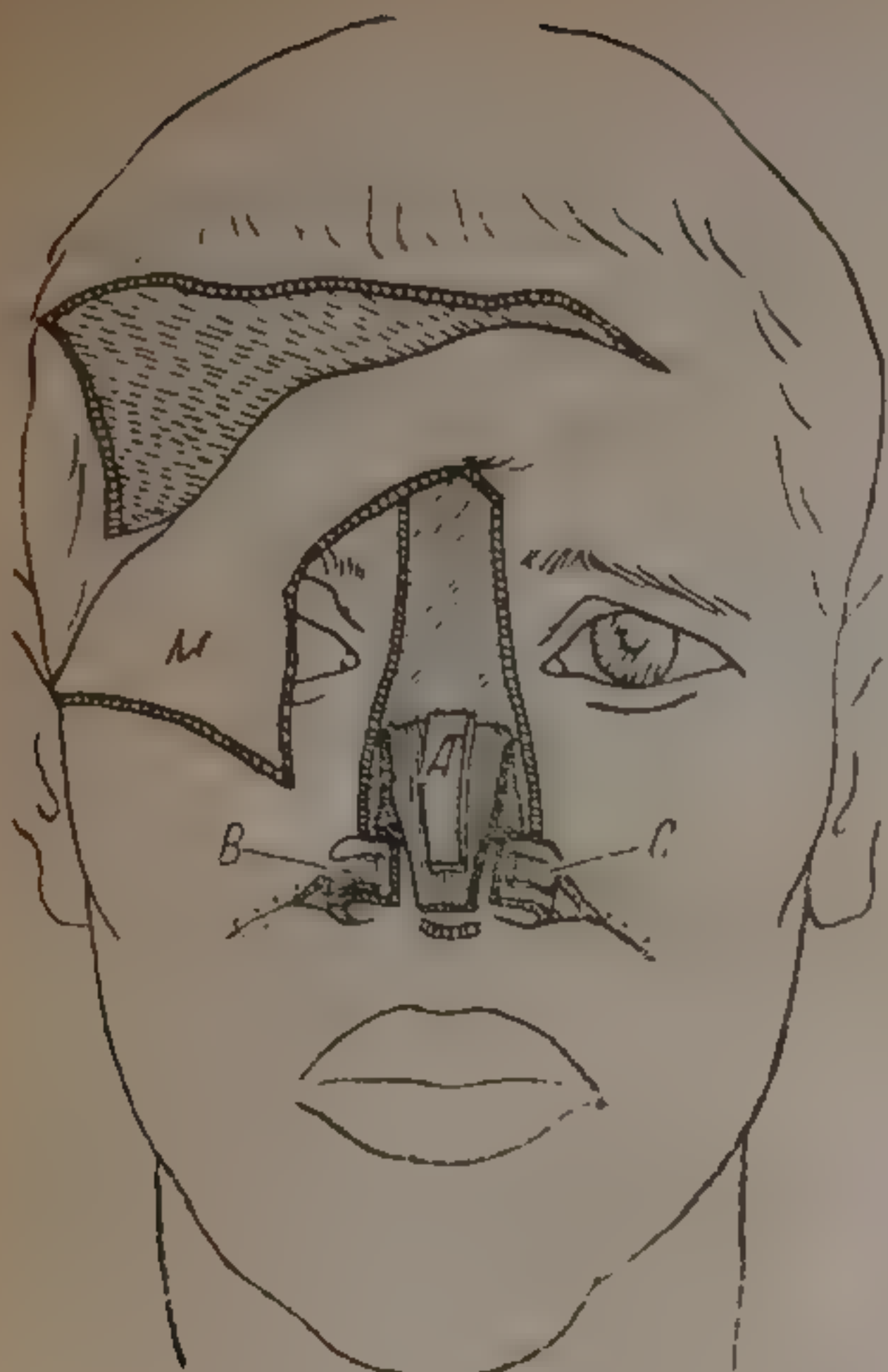


Рис. 466



Рис. 467

План восстановления составлен следующим образом. Операция разбивается на два акта: 1) образование растительности на верхней губе при помощи скальпа; в этот же момент пересадка хрящей для крыльев носа и верхушки; 2) образование верхушки носа индийским методом и выстилки для крыльев и верхушки из опрокидывающихся лоскутов, вооруженных при первой операции хрящами.

14 сентября 1927 г. первый акт—образование усов и пересадка хрящей. Местная анестезия. Разрезом параллельно правой реберной дуге обнажена хрящевая дуга. Извлечены три хрящевых трансплантата и пересажены на лицо (рис. 466): один *A* под кожу носового моста во всю толщу реберного хряща и два других *B* и *C*—симметрично под кожу в области крыльев носа. Последние два трансплантата выструганы в виде тонких пластинок. Шов из конского волоса. Рана на груди зашита кетгут-шелком в два этажа.

По предварительно приготовленной станиолевой выкройке освежена раневая поверхность на теле верхней губы. Затем выкроен лексеровский скальп, лоскутный конец которого повторяет в точности рисунок освеженной поверхности на губе по той же станиолевой выкройке.

Скальп перенесен на губу и пришит конским волосом. Рана на голове уменьшена крепкими матрасными швами. Ножка скальпа превращена в трубку несколькими швами. Наложена вазелиновая повязка. Послеоперационное течение гладкое. Первичное натяжение повсюду.

2 октября 1927 г. скальп отсечен и возвращен на свое место, где пришит к минированным краям раны. Оставшейся части раны дана возможность зажить *per granulationem*. Лоскут вживлен «заподлицо» к подлежащим краям. Верхняя губа получила хорошую растительность. Пышные мягкие усы.

Больной вернулся в отделение для продолжения операции в начале 1928 г. 5 февраля 1928 г. операция восстановления верхушки и крыльев носа. Местная анестезия. На рис. 466 дана схема операции.

Для образования выстилки выкроены три лоскута: первый на спинке носа—опрокидывающийся лоскут *A* основанием к дефекту, отслоенный вместе с пересаженным под него хрящом; второй и третий, *B* и *C*, симметрично справа и слева в назо-лабиальных складках. Лоскуты эти выкроены также с хрящом и повернуты свободными краями к средней линии. Навстречу друг другу эпителиаль-

ной поверхностью внутрь—выстилка и суппорт для крыльев носа. Рана на месте взятия этих лоскутов зашита так, как это показано на схеме. Остающаяся незащищенной часть предназначена для приема уголков наружного покрытия. По бокам дефекта освежены раневые полоски. Внутренняя губа превращается в опрокидывающиеся кромки для встречи с лоскутом А. Наружная губа этой раны примет покрытие. Лоскуты А, В и С сшиты между собой кетгутом. Таким образом построена выстилка, несущая на себе хрящевой суппорт верхушки и крыльев носа. Лобный лоскут М покрыл всю эту поверхность. Шейка лоскута М уложена в русло опрокидывающегося лоскута А. Этим задняя поверхность М ограничивается от всяких возможных неприятностей—тромбоза, инфекции. Свободные края лоскутов А, В и С сшиты со свободным краем лоскута М. Этим оформлен вход в нос. Рана на лбу уменьшена натяжением матрасных швов.

Послеоперационное течение принесло много огорчений. Омертвела наиболее периферическая часть края лобного лоскута М. Омертвение коснулось правого уголка и середины свободного края (наружная дуга лоскута); левый уголок сохранился целиком.

Омертвевшие ткани вскоре самостоятельно отторглись. Наш пациент тяжело переживал неудачу. К моральным страданиям от бывшего у него уродства присоединились новые—нос не исправлен, прибавилось новое обезображивание и рубцы на лице и на лбу. Больной просит привести в порядок только лоб и переносье, не питая надежды на возможное исправление. Мы потратили много труда и энергии, чтобы вернуть больному вместе с бодростью и надеждой желание подвергнуться позже повторной операции.

Причину омертвения в данном случае мы приписываем в значительной степени применению местной анестезии, особенно в комбинации с адреналином.

После этой неудачи мы избегаем пользоваться местной анестезией при ответственных актах восстановительной операции. Адреналин же мы совершенно изъяли из употребления и вот уже много лет не имеем повода сожалеть об этом. Мы не сомневаемся, что многие пластические операции благополучным исходом обязаны отсутствию адреналина в анестезирующем веществе. Особенно опасным считаем мы адреналин при пластике по индийскому методу, где длинный лобный лоскут требует особо тщательного и бережливого отношения.

4 марта 1928 г. ножка лобного лоскута М пересечена на переносье, отслоена, расправлена и вшита в освеженные и поднятые края лобной раны. Остающиеся гранулирующие полоски иссечены, края нормальной кожи приподняты, мобили-

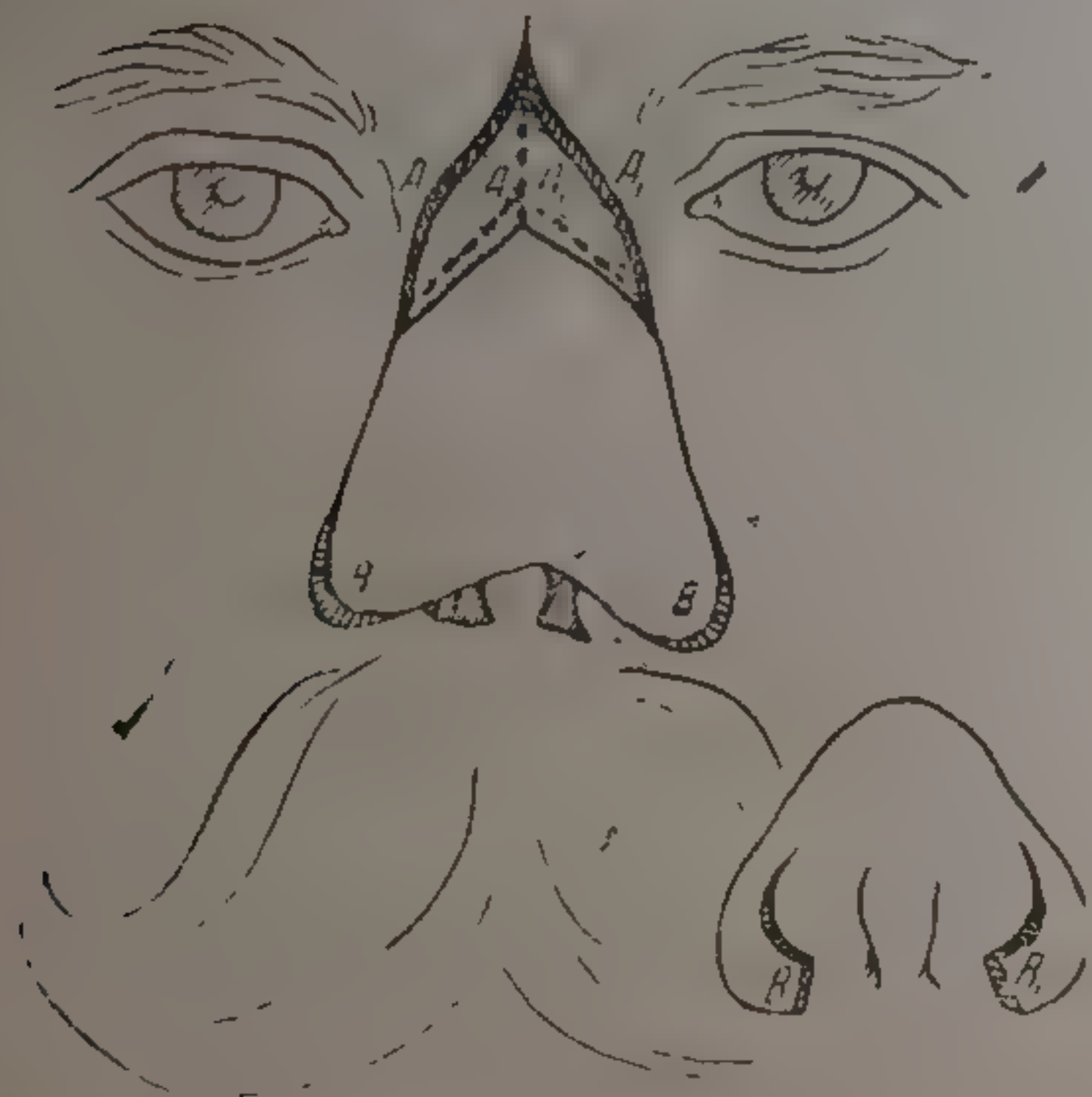


Рис. 468



Рис. 469



Рис. 470

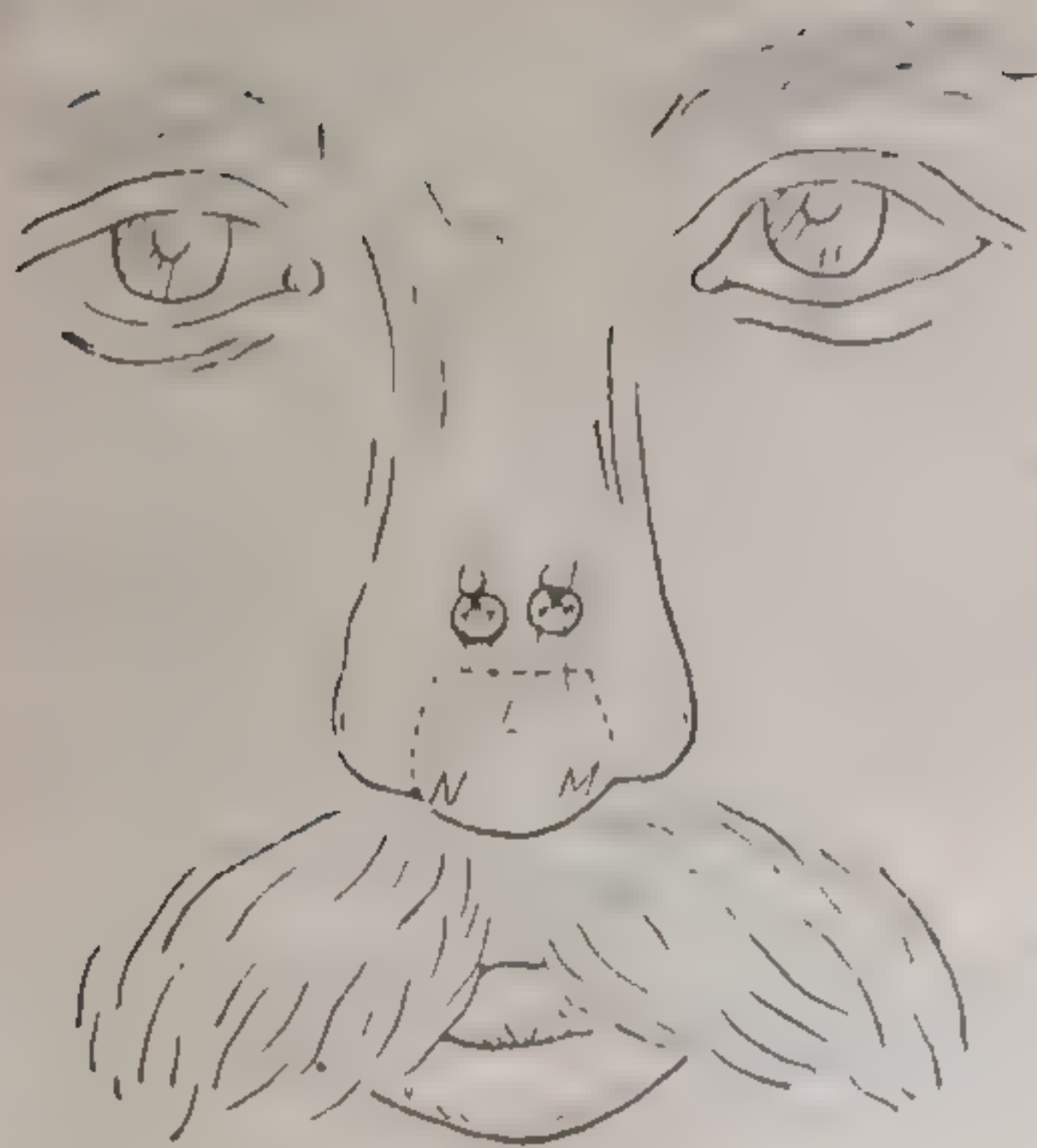


Рис. 471

зованы и сшиты один с другим. Переносье косметически оформлено. На рис. 467 результат этих операций.

Больной уезжает домой в Ленкорань, обещая вернуться для продолжения, и в январе он вновь у нас в отделении.

24 января и 5 марта 1929 г. мы производим оформление переносья и сдвигаем ближе к средней линии крылья носа.

На рис. 468 дана схема этих операций. Для оформления переносья иссечен кожный лоскут в форме купола и удален избыток жира. Края раны A и A_1 стянуты швами. Линия шва показана пунктиром.

Двумя разрезами мобилизованы крылья носа, завернуты внутрь и передвинуты ближе к средней линии.

Мы совершенно сознательно начали с маленьких операций, желая вновь «приручить» больного, так как он до сих пор еще очень возбужден предыдущими неудачами.

Мы наметили следующий план: для образования верхушки носа устроить филатовский стебель на груди; лоскут на стебле перенести на нос и после приживления завернуть остаток лоскута внутрь, оформляя этим окончательно кончик и вход в нос.

14 марта 1929 г. под общим эфирным наркозом слева в подключичной ямке образован филатовский стебель питающим концом в области головки плеча, лоскутным—вблизи мечевидного отростка грудины. Рана на месте взятия филатовского стебля закрыта наглухо матрасно-пуговичными швами. Послеоперационное течение гладкое. Первичное натяжение.

9 апреля 1929 г. операция. Общий эфир-хлороформный наркоз при помощи трубки, введенной в трахею. Для приема лоскута на носу освежена поверхность так, как это показано на рис. 469. Вверх откинут лоскут A_1B_1 . Затем выкроены справа и слева симметрично два лоскута A_1C_1 и B_1D_1 . Лоскуты отвернуты наружу и опущены вниз—они должны импровизировать крылья носа. Лоскут на стебле $ABDC$ (рис. 469) освежен соответственно воспринимающей поверхности носа. Верхний край лоскута AB освежен в виде клина. Лоскут подведен к воспринимающей поверхности и пришит кетгут-конским волосом.

Рана на груди, на месте взятого лоскута, зашита матрасными швами. 8-образная марлевая мягкая повязка вокруг головы и левого плеча удерживает голову в необходимом положении.

Гладкое послеоперационное течение. Лоскут великолепно прижился.

На рис. 470 результат этой операции.

27 апреля 1929 г. стебель отсечен на 3 см проксимальнее от места его перехода в лоскут. Остаток стебля на лоскуте распластан, избыток жира на его задней поверхности удален, а затем свободный край подвернут внутрь носа и пришит сквозными швами к пуговице на передней поверхности носа.

На рис. 471 детали этой манипуляции. Подвернутый лоскут хорошо оформляет верхушку носа спереди и снизу—вход в нос.

В дальнейшем произведено несколько мелких косметических поправок. Иссечены избыточные и некрасивые рубцы на лбу и на носу и переходы одного лоскута в другой. Все это было сделано под местной анестезией.

На рис. 465 результат операции через два года.

Результатом операции больной по его собственному заявлению удовлетворен вполне.

Случай 98

Больная Р., чувашка, 26 лет. Бытовой сифилис. Полное разрушение носа. Год назад в хирургической клинике произведена трансплантация ребра под кожу носа. Трансплантат вследствие нагноения секвестрировался.

Случай этот относится к нашим наиболее ранним операциям, почему на окончательное оформление носа ушло много времени. Чрезвычайно требовательная к форме носа пациентка снова и снова настаивала на дальнейших поправках, что не шло в разрез с нашим желанием.

На рис. 472 вид больной при поступлении к нам в отделение. Все лицо изоброждено следами оспы. Полное разрушение носового остова. Обезображенные рубцами мягкие ткани втянуты в глубину носовой полости. От правого и левого крыла остались небольшие кусочки, также вдавленные внутрь.

Проведено несколько массивных курсов специфического лечения. После специфического лечения реакция Вассермана отрицательная.



Рис. 472

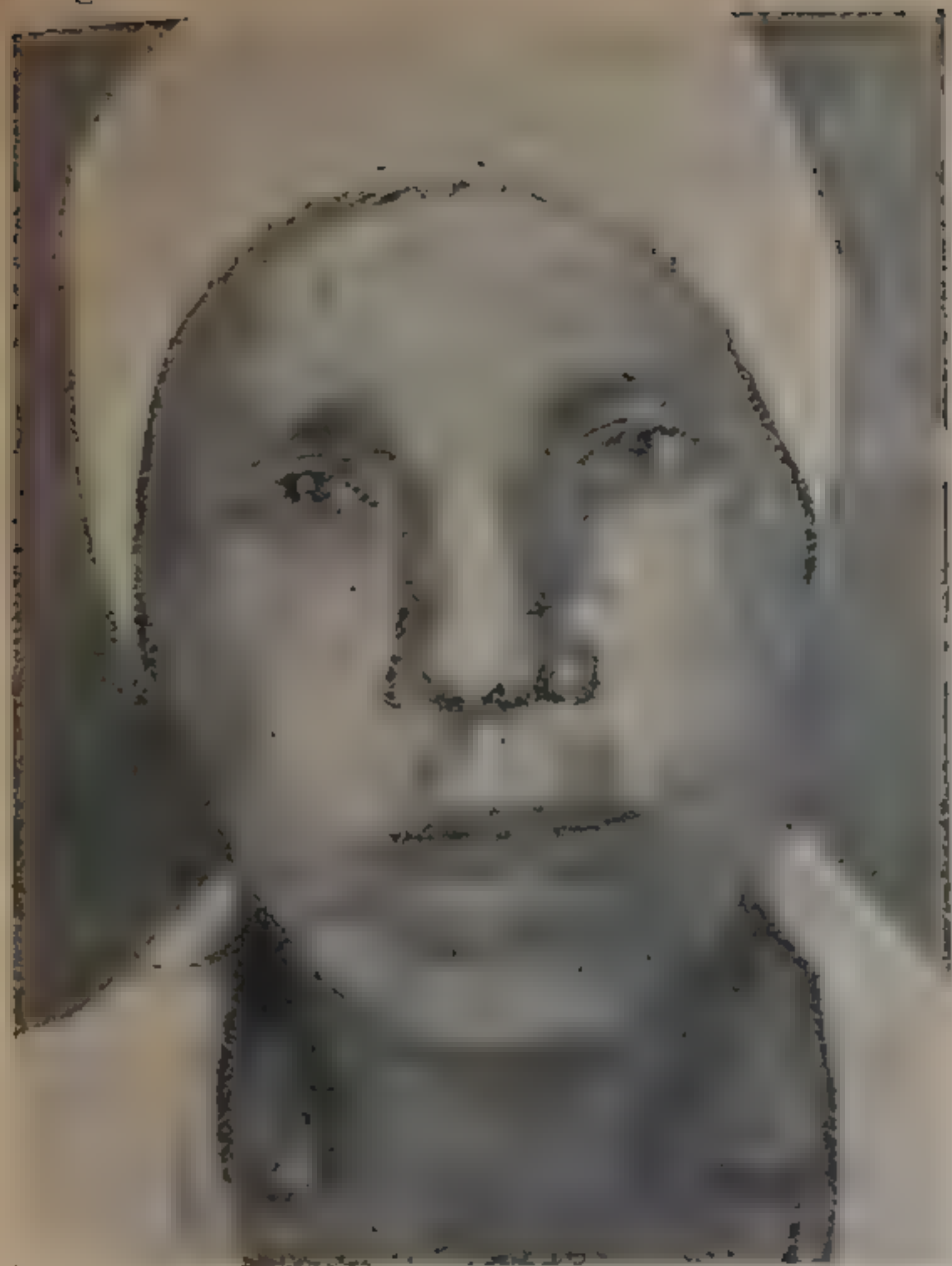


Рис. 473



Рис. 474



Рис. 475

Наш первоначальный план состоял в следующем: пересадить под кожу груди кусочек ребра для носового суппорта, перенести ребро в лоскуте на филатовском стебле на нос, а из остатков стебля на лоскуте образовать переход передней поверхности носа в кончик и нижнюю поверхность.

4 декабря 1924 г. под местной анестезией резецирован кусочек X ребра с сохранением на трансплантате наружного листка надкостницы. Ребро пересажено под кожу правой подключичной области.

28 декабря 1925 г. справа на шее по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* образован филатовский стебель питающим концом в области сосцевидного отростка, дистальным—вблизи ребра, пересаженного под кожу подключичной ямки. Первичное натяжение на стебле и шее.

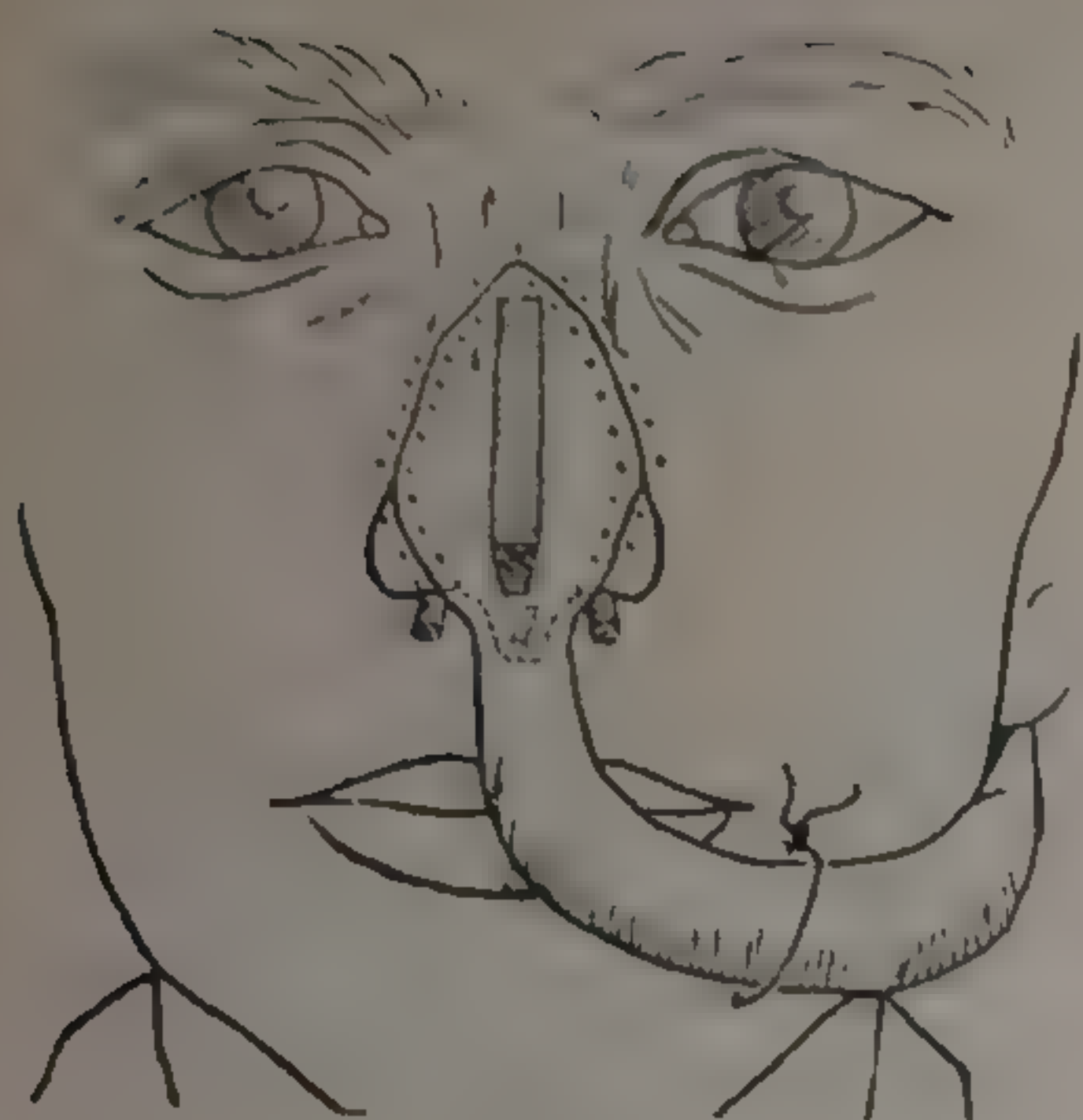


Рис. 476

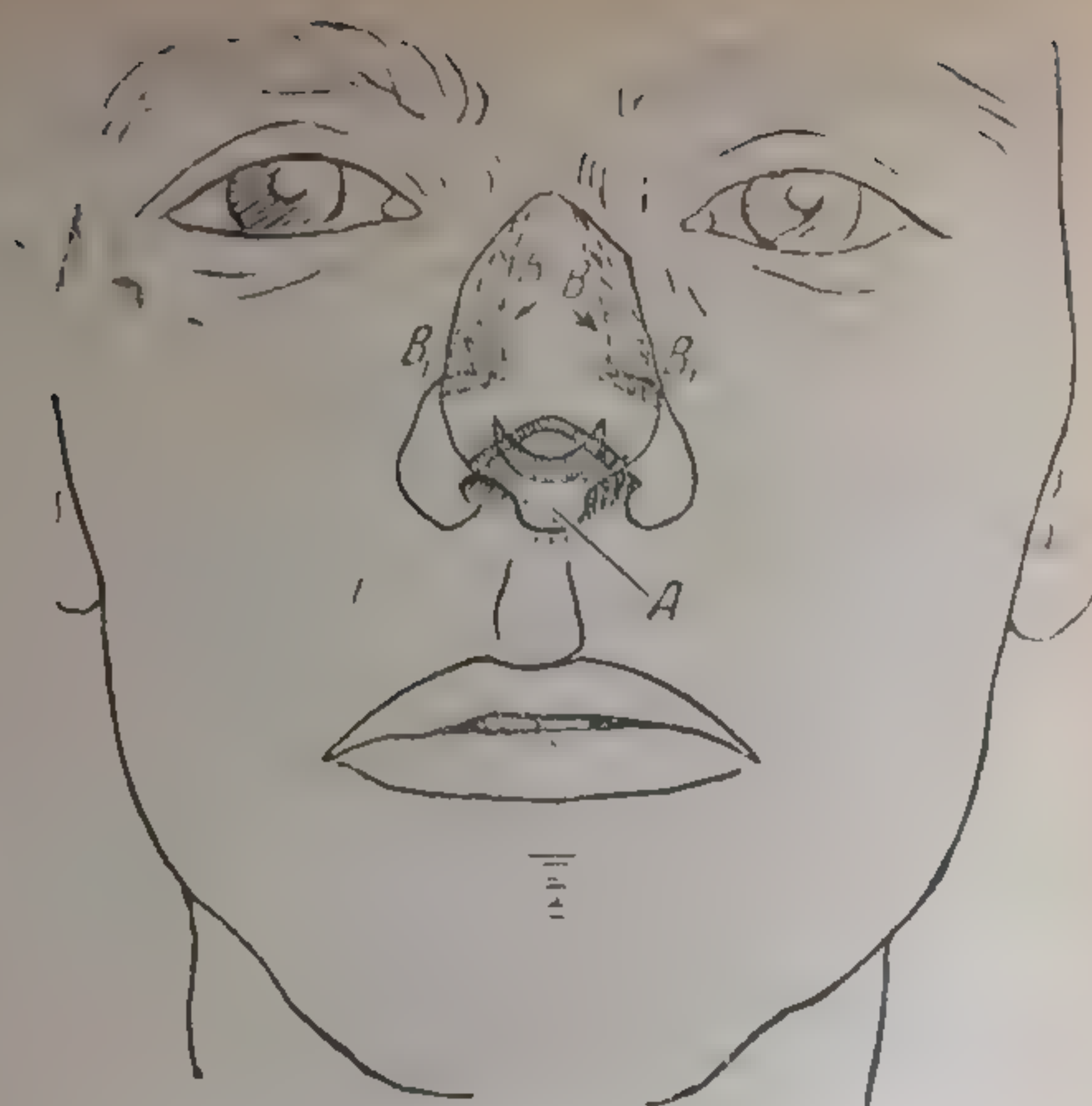


Рис. 477

15 февраля 1925 г. выкроен лоскут у дистального конца стебля, содержащий пересаженное ребро. Лоскут отделен от материнской почвы вместе с питающим концом стебля и уложен в асептическую повязку. Раневой поверхности дана возможность рубцеваться, чтобы лоскут принял выпуклую форму—болванку будущего носа.

С 8 по 14 марта 1925 г. больная перенесла рожистое воспаление кожи грудной клетки, перешедшее на стебель и лоскут. И тот и другой несколько не пострадали от этого тяжелого испытания.

31 марта 1925 г. гранулирующая поверхность на лоскуте зарубцевалась. Лоскут принял почти овальную форму, чего собственно мы и добивались тогда.

Под местной анестезией мы убрали все рубцовое на носу вплоть до рубцового остатка носовой перегородки. Мобилизованы остатки крыльев носа сквозным разрезом; установив их свободные края в горизонтальном уровне, мы прикрыли раневую поверхность освеженной поверхностью лоскута. Стебель в виде хобота отошел вниз от основания лоскута. Середина лоскута подвешена на лигатуру, прошитую сквозь кожу щеки (рис. 476). Лоскут прижат первичным натяжением.

3 мая 1925 г. стебель отсечен проксимальнее лоскута на 1,5—2 см. Этот остаток стебля на лоскуте рассечен по задней поверхности и распластан. Удален избыток жира. Утонченная таким образом кожа удвоена снова, повернута кзади и пришита к точке, где прикрепляется носовая перегородка над губой (рис. 477).

Этим была симпровизирована носовая перегородка А.

В течение мая и июня были произведены поправки и оформление правого и левого крыльев носа. Костный трансплантат заметно уменьшается в размерах, и в конце августа 1925 г. от него почти ничего не осталось.

В мае 1926 г. больная вновь поступает в отделение. Костный трансплантат рассосался совершенно, нос, лишенный твердого остова, принял форму «падающей капли».

Из правой реберной дуги под местной анестезией взят хрящевой трансплантат и из двух кусочков составлена при помощи кетгутовых нитей опора для носа в виде угольника. Кожа носа откинута по старому рубцу сверху вниз почти до кончика и под нее уложен хрящевой трансплантат коротким концом к основанию носа. Наружное покрытие вновь пришито конским волосом к окружающим тканям.

В 1927 и 1928 гг. разновременно больная поступает в отделение, каждый

раз на несколько дней, для производства различных поправок, которые оформляют контур носа, его верхушку и т. д. Среди этих поправок следует отметить те, которые изображены в виде заштрихованных полосок на рис. 477. Тогда же мы произвели расширение носовых ходов при помощи вкладки Эссера.

На рис. 473, 474, 475, относящихся к концу 1928 г., окончательный результат этой продолжительной операции, тянувшейся почти четыре года.

Несколько замечаний по этому поводу. Описанный случай, как мы уже сказали выше, относится к наиболее ранним нашим операциям. Мы в то время не научились еще ценить каждый квадратный миллиметр тканей, и только этим можно объяснить, что при пересадке лоскута на стебле для его лояка мы удалили все то, что осталось от старого носа, вплоть до носовой перегородки. Тем же обстоятельством следует объяснить использование для суппорта костного трансплантата и наконец пересадку суппорта в наружное покрытие.

Главной же ошибкой здесь является оставление лоскута, отделенного от материнской почвы, на стебле в повязке в течение долгого срока для оформления рубцом выпуклости лоскута.

Только высоким качеством, свойственным филатовскому стеблю, следует приписать благополучный исход этой и нескольких других операций, где был осуществлен тот же план.

Случай 99

Больная Б., 35 лет. В 1927 г. по поводу волчаночного разрушения верхушки носа мы пытались восстановить верхушку индийским способом так, как это было описано выше. Наиболее периферическая часть лоскута омертвела.

На рис. 478 вид больной до операции и на рис. 479 результат операции.

Операция была произведена под местной анестезией с применением адреналина. Больная просит улучшить ей форму носа, собственно реставрировать верхушку носа. Задача состояла в том, чтобы, не прибегая к пересадке хряща (больная не дает на это согласия), создать достаточную выпуклость носа. Мы выработали такого рода план: существующая кожа носа превращается в опро-



Рис. 478



Рис. 479



Рис. 480

кидывающийся лоскут с основанием вниз. Наружное покрытие образуется из лоскута на филатовском стебле так, как это показано раньше (рис. 450).

15 января 1935 г. операция. Общий эфирный наркоз. Образован филатовский стебель справа в подключичной ямке. Первичное натяжение.

2 февраля 1935 г. у дистального конца филатовского стебля выкроен треугольный лоскут, отделенный от материнской почвы. С последней он сохраняет



Рис. 481



Рис. 482

связь лишь через стебель. Лоскут уложен снова на свое место и пришит конским волосом к краям материнской почвы.

7 февраля 1935 г. операция образования верхушки носа. Местная анестезия. По старому рубцу кожа носа откинута вниз в виде треугольного лоскута основанием у верхушки носа. Образовавшаяся раневая поверхность покрыта лоскутом на филатовском стебле. Лоскут на стебле покрыл раневую поверхность на спинке носа и на опрокидывающемся лоскуте. Края лоскута на стебле, освеженные, в виде клина вошли под мобилизованные края воспринимающей раны.

Полоска марли, прикрепленная клеолом одним концом к передней поверхности середины стебля, вторым концом пришита к повязке на голове, освобождает лоскут от тяжести стебля. 8-образная повязка из мягкого бинта вокруг плеча и головы и шов через мочку уха к коже в области *m. cissularis* надежно фиксируют голову. Гладкое послеоперационное течение. Заживление первичным натяжением. На рис. 480 результат этой операции.

24 февраля 1935 г. стебель отсечен несколько выше свободного конца опрокидывающегося лоскута, благодаря чему последний подтягивается вперед и кверху. Это оформляет верхушку носа. На рис. 481 и 482 непосредственный результат операции.

Начерно нос готов. Необходимо мелкими операциями шаг за шагом оформить его.

Способ, примененный в этом случае, хорош тем, что он очень удобно разрешает вопрос образования верхушки и входа в нос.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РАЗРУШЕНИЯ ЛИЦА

В этой главе собраны случаи с одновременным разрушением ряда соседних частей лица, например носа и губ, щеки и челюсти и т. д. Весь материал, выбранный для этого отдела, расположен так же, как и в предыдущих главах, в порядке возрастающей сложности восстановления.

На чем хотелось бы остановить внимание в этой главе—это на необходимости выработки тщательного плана для восстановления. Здесь это важно особенно потому, что, во-первых, восстановление одной части зависит от успешной репарации соседней, а во-вторых, потому, что восстановление обширного разрушения надо произвести с максимальной экономией «материала». Для этого необходимы определенные план и тактика. Нам может быть это не всегда удавалось, но мы считаем, что такие неудачи только лишний раз подчеркивали правильность выдвинутого положения.

Чтобы реставрировать сложное, необходимо разбить это сложное на простые элементы, его составляющие. Тогда задача восстановления упрощается. При этом следует не только разработать план по его архитектурным элементам, но нужно наметить и сроки отдельных актов. В последние годы мы подходим и к этому, сокращая сроки между отдельными операциями.

Все, что было сказано в предыдущих главах относительно верхней и нижней губ, носа и т. д., остается в силе и здесь, но, как говорят архитекторы, все это нужно связать одно с другим в одно целое.

Здесь хирургу необходимо знать пластическую анатомию и каноны человеческого лица.

Мы еще далеки от того, чтобы построить красивое лицо, но стремиться к этому мы обязаны.

Случай 100

Больная Б., девочка, 11 лет. В полуторагодовом возрасте перенесла ному в области правой щеки.

На рис. 483 вид больной при поступлении в отделение. Обширный рубец занимает область правой собачьей ямки. Разрушено правое крыло носа, носовая перегородка, тело правой половины нижней губы. Правый угол рта подтянут рубцом вверх. Вблизи деформированного угла рта в теле губы свищ, окаймленный рубцом, ведущий в полость рта. Передние зубы на верхней челюсти отсутствуют.

24 июня 1926 г. операция. Свищевое отверстие у угла рта на верхней губе освобождено от рубцов. Слизистая зашита кетгутом со стороны полости рта. Кожная рана зашита конским волосом. Этим полость рта разобщена от полости носа.

Вторую половину операции заняло восстановление правого крыла носа. Остаток правого крыла *С* (рис. 485) мобилизован сквозным разрезом и пришит к освеженной поверхности *К*. Для закрытия вторичного дефекта образованы два добавочных лоскута *А* и *В*, натяжение которых закрыло все (рис. 486).



Рис. 483



Рис. 484

Заживление первичным натяжением. Больная уехала и вернулась вновь весной 1927 г.

12 мая 1927 г. операция. Местная анестезия. Иссечен остаток рубца на щеке и рана закрыта восходящим лоскутом нормальной кожи, выкроенным по соседству. Вторичный дефект закрыт перемещением большого кожного лоскута с задне-нижних отделов щеки.

На рис. 487 результат этих операций.

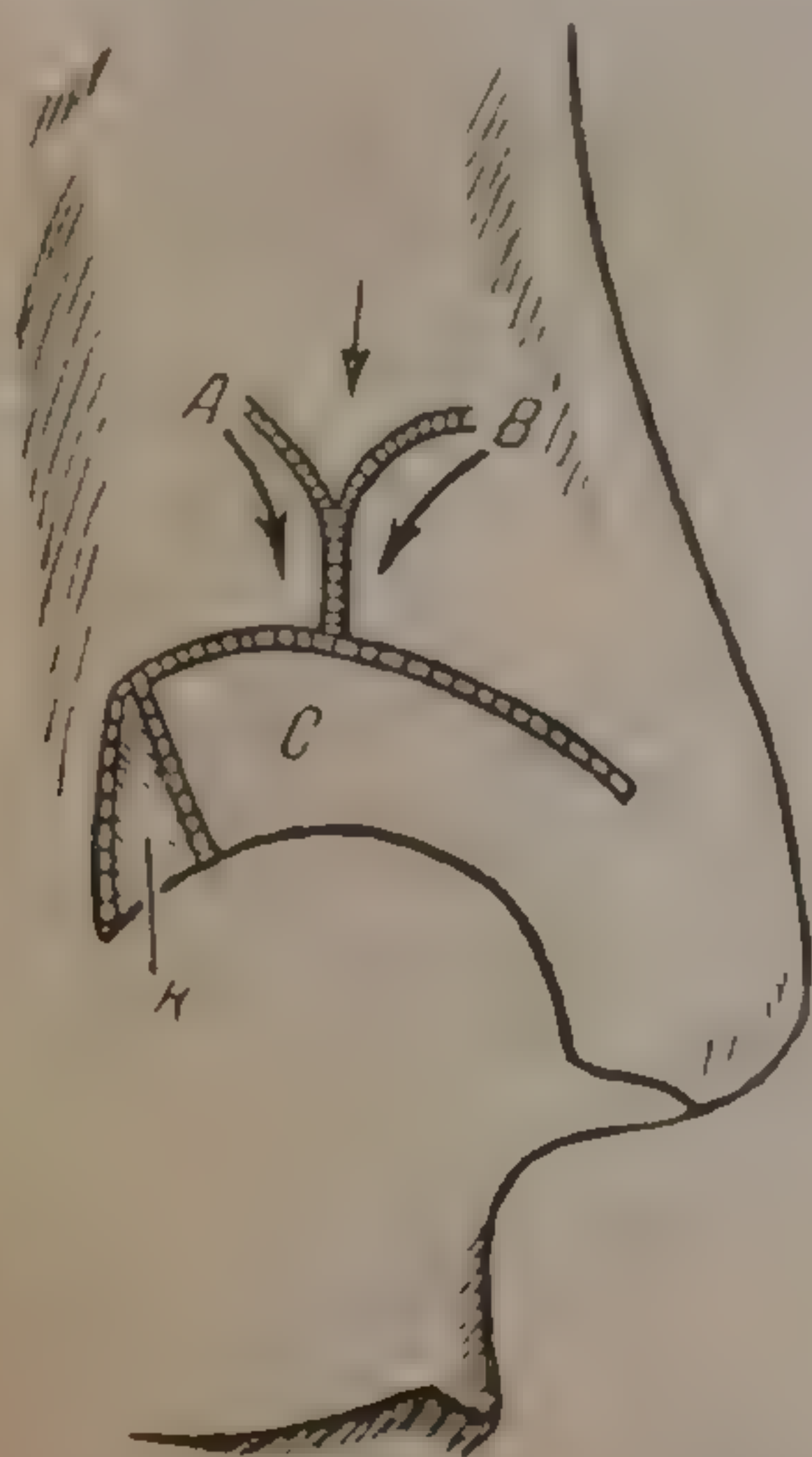


Рис. 485

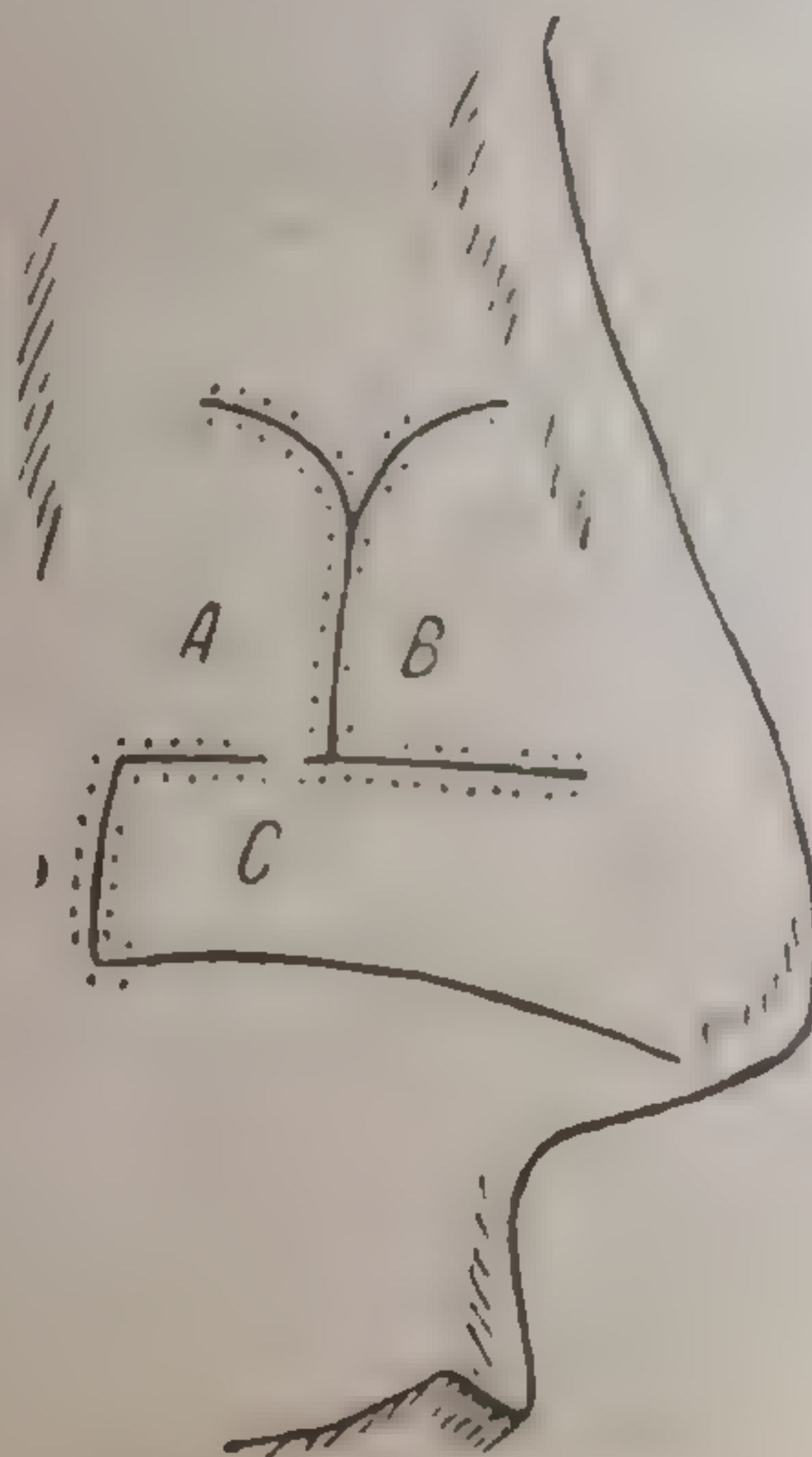


Рис. 486

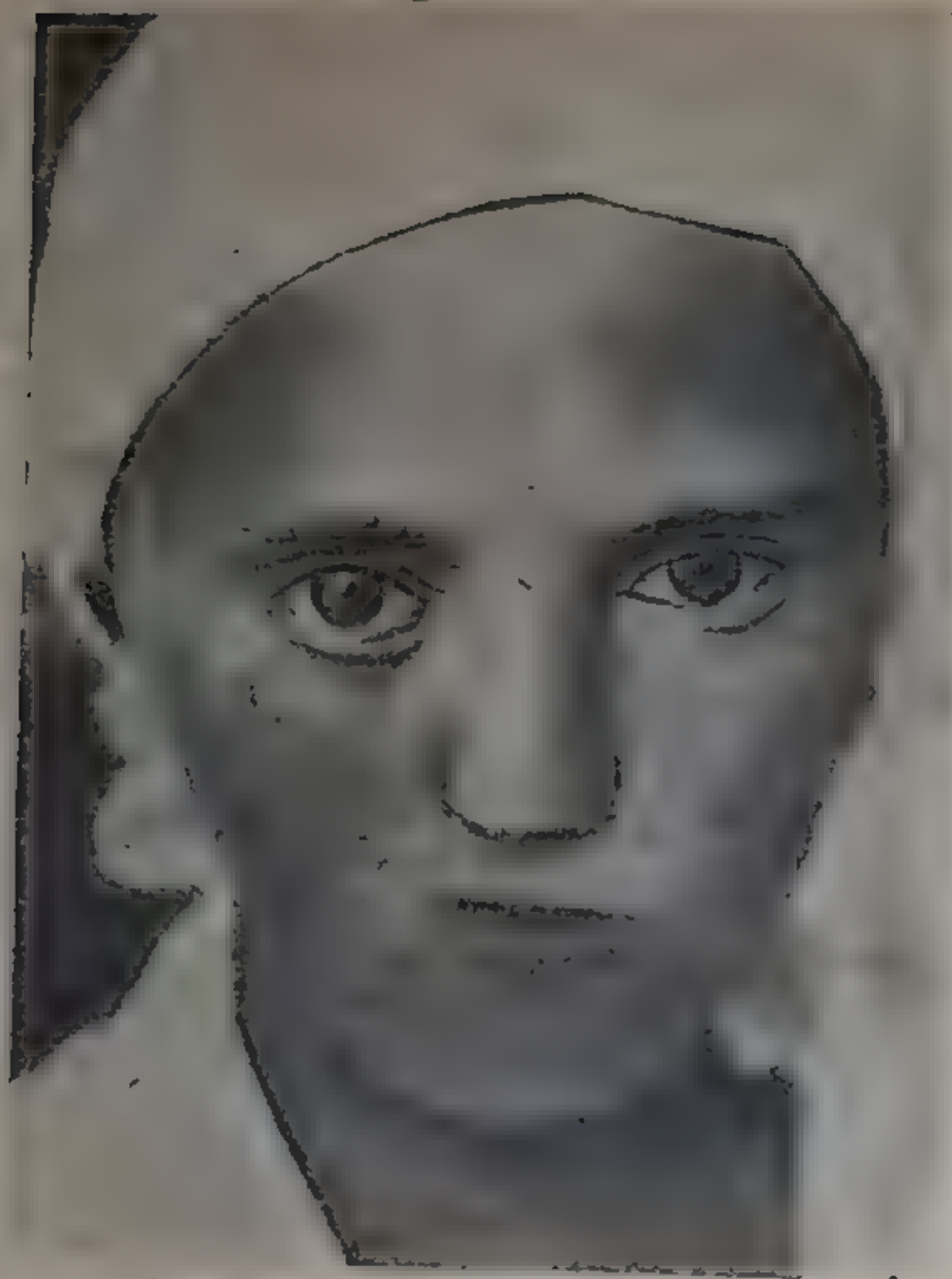


Рис. 487

Остается исправить большой эктропион верхней губы и рубцовое перемещение правого угла рта, а также образовать мягкую перегородку носа.

7 июня 1927 г. операция. Местная анестезия. Верхняя граница красной каймы очерчена разрезом и установлена в нормальное положение. Образовалась раневая поверхность—недостающая часть покрытия тела губы закрыта восходящим лоскутом А, выкроенным под нижней губой.

На образование носовой перегородки родители не дали согласия.

На рис. 484 результат операции через год.

Случай 101

Больная Л., русская, 17 лет. В детстве перенесла волчанку лица, в результате которой оказались разрушенными нос, верхняя и нижняя губы.

В течение последних лет в одной из провинциальных больниц подверглась многочисленным (до тридцати по словам больной) пластическим операциям. Губы были образованы за счет мигрирующих филатовских стеблей, а нос итальянским способом из кожи левого плеча. Неудовлетворенная результатами операции больная продолжала носить повязку, закрывающую разрушенную часть лица.

На рис. 488 вид больной при поступлении в отделение. Новые губы при наличии избыточного количества материала недостаточно оформлены, лишены красной каймы и при закрывании рта не замыкают ротового кольца. Кожа передней стенки живота, использованная для построения губ, по своему цвету и характеру резко отлична от кожи лица. Верхушка носа, образованная из кожи плеча итальянским способом, не оформлена и для этого пересажено мало материала. От зубов остались лишь клыки справа. Альвеолярный отросток атрофирован.

Подводя итоги предыдущим операциям, нельзя не вспомнить снова о том, насколько желательно всякую часть лица строить из кожи, по своему строению близкой к коже лица.

Более правильным нам казался такой план: нос построить индийским способом, верхнюю губу—симметричными, опускающимися назо-лабиальными лоскутами; нижнюю губу—посредством филатовского стебля из кожи шеи, кото-



Рис. 488



Рис. 489

рая ближе по строению к коже лица; красную кайму для верхней и нижней губ образовать из слизистой внутренней поверхности щек.

Конечно описываемый случай относится к наиболее сложным в смысле разрушений, так как кроме размеров деструкции на лице глубокое рубцовое перерождение тканей вокруг.

Как и всегда, более трудную задачу для восстановления представляют случаи не с первичным разрушением, а являющиеся результатом ряда пластических операций. Хирург в этих случаях связан предыдущим планом. Ему необходимо считаться с тем материалом, который уже трансплантирован на лицо, и с нежелательностью присоединить новые рубцы к существующим, а также с тем, что повышенные требования таких больных чрезвычайно трудно удовлетворить. Кроме того, перенесены многочисленные операции, больные становятся чувствительными к самым ничтожным вмешательствам.

Мы наметили себе следующий план: верхнюю и нижнюю губы улучшить добавочными операциями. Так как для оформления верхушки носа на месте мало материала, то добавить лоскут на филатовском стебле; взамен отсутствующих зубов изготовить протезы.

Под местной анестезией слева в подключичной ямке образован филатовский стебель питающим концом в области головки плеча, лоскутным — вблизи мечевидного отростка грудины. Заживление первичным натяжением.

25 октября 1930 г. операция. Местная анестезия. У дистального конца стебля на $\frac{2}{3}$ очерчен будущий лоскут; он отделен от материнской почвы и сохраняется с ней связь лишь на месте перехода в филатовский стебель. Под лоскут подложена свинцовая пластинка. Лоскут уложен на место и пришит вновь к краям материнской почвы конским волосом.

29 октября 1930 г. операция. Местная анестезия. Перенесение лоскута на лицо для образования верхушки носа. Для приема лоскута на стебле на верхушке существующего носа выкроены три лоскута А, В и С (рис. 490). Лоскуты А и В должны имитировать крылья носа. Для лучшей адаптации лоскут на стебле освежен соответственно краям воспринимающей почвы A_1 , B_1 , C_1 и пришит к носу конским волосом. Рана на груди стянута матрасными швами.

8-образная повязка из мягкого бинта вокруг головы и плеча фиксирует

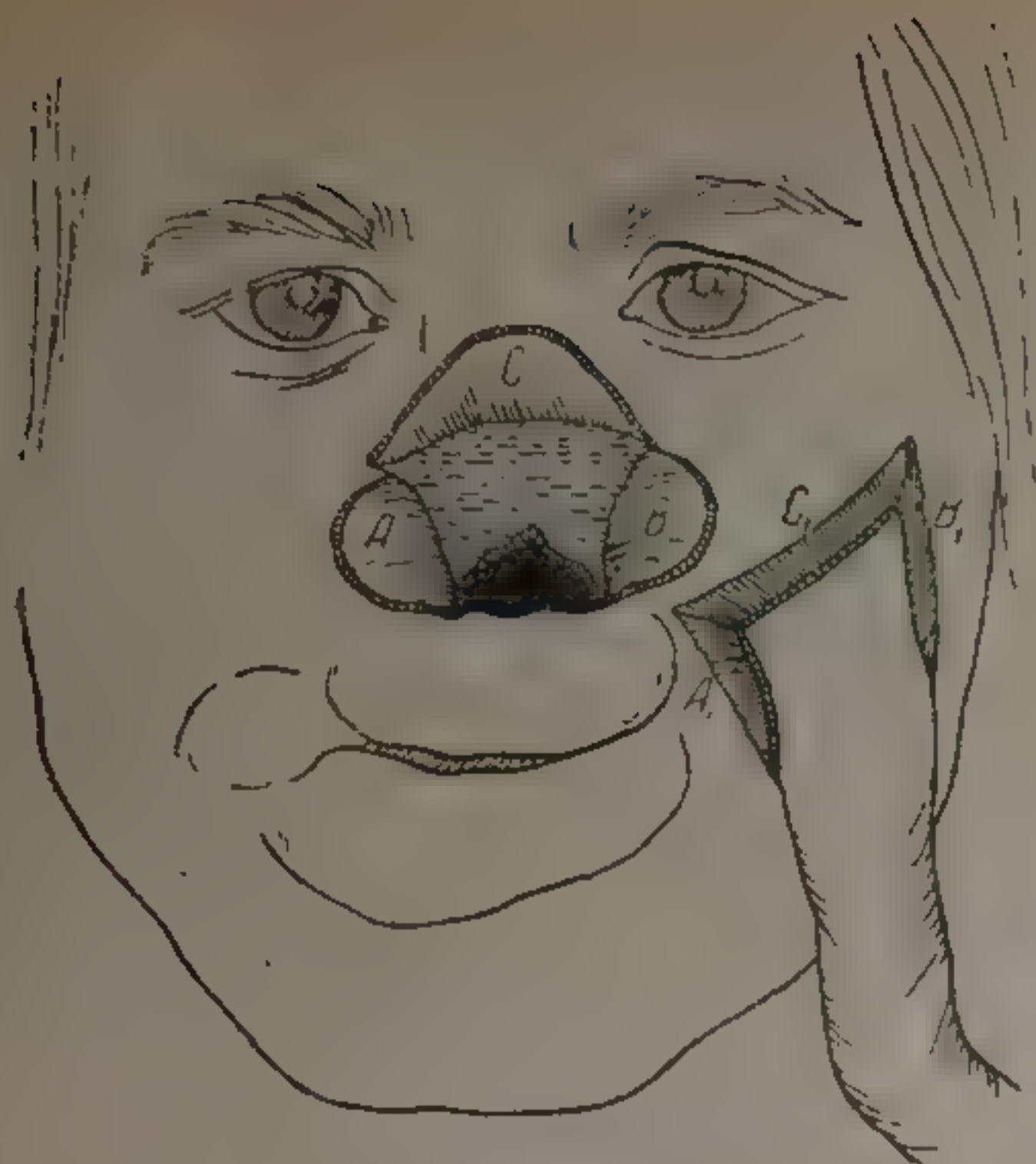


Рис. 490

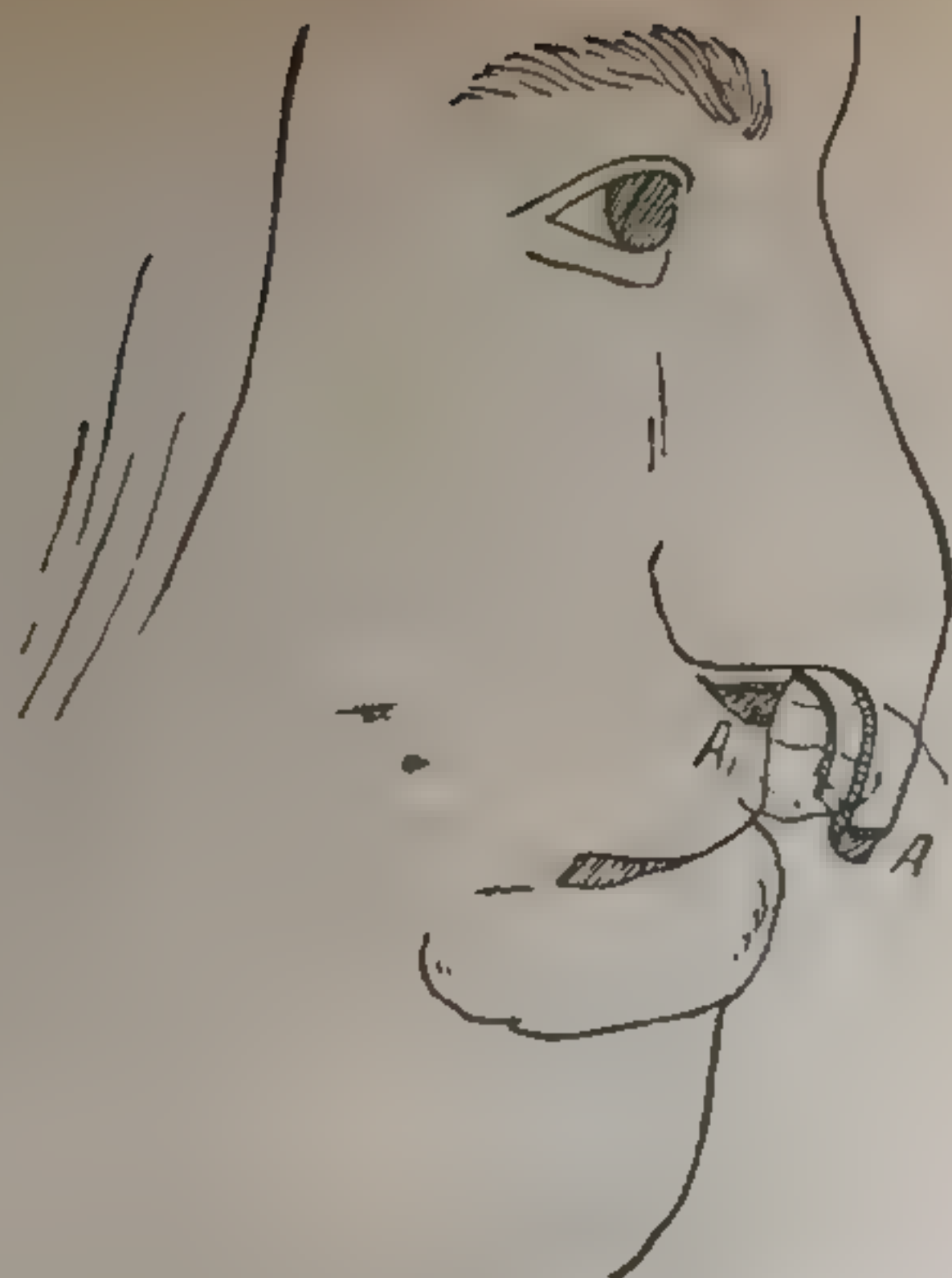


Рис. 491

необходимое положение. Гладкое послеоперационное течение. Лоскут прижикл первичным натяжением.

14 ноября 1930 г. стебель отсечен на 1 см ниже лоскута. Часть стебля, оставшаяся на лоскуте, распластана, из нее удален избыток жира и она свернута вновь в трубку. Свободный конец пришили по средней линии под корнем верхней губы, образовав таким образом носовую перегородку. На рис. 491 даны детали этого момента. Остаток стебля на груди удален совершенно.

5, 4 и 23 декабря 1930 г. косметические поправки. Иссечение избытка жира на губах для того, чтобы создать более мягкие переходы окружающих частей лица в новые губы. Удастся это с трудом.

9 января, 2 февраля и 13 марта 1931 г. к обработке губ присоединилось оформление носа. 14 апреля 1931 г. поперечный разрез на уровне углов глаз.



Рис. 492



Рис. 493

Близкий к полному рассасыванию костный трансплантат, пересаженный несколько лет назад под кожу носа, удален. Элеватором образован под кожей канал в направлении верхушки носа. Извлечен хрящевой трансплантат из реберной дуги и пересажен под кожу носа. Наложен глухой шов. Заживление первичным натяжением. Попутно были изготовлены зубные протезы для верхней и нижней челюстей и расширены носовые ходы при помощи вкладок Эссера (рис. 492).

В мае больная уехала домой на лето и вновь не вернулась.

На рис. 489 и 493 вид больной перед выпиской. Случай не закончен, нос и губы требуют дальнейшей обработки.

Случай 102

Больной Э. П., лезгин, 17 лет, из Дагестана. В двухлетнем возрасте перенес какое-то язвенное заболевание лица.

На рис. 494 вид больного при поступлении в отделение. Совершенно разрушены нос и верхняя губа. Края дефекта повсюду окаймлены плотным рубцом. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная.

План операции разбит на два акта: первый — восстановление верхней губы при помощи двух встречных назо-лабиальных лоскутов, второй — восстановление носа: 1) выстилка из остатков кожи в области переносья в виде опрокидывающегося лоскута, вооруженного предварительно хрящом; 2) наружное покрытие — лоскут на филатовском стебле.

9 ноября 1931 г. образование верхней губы. Местная анестезия. Справа и слева выкроены симметрично два опускающихся назо-лабиальных лоскута. Лоскуты сведены по средней линии и сшиты между собой. На третий день после операции у больного *erisipelas*. Лоскуты синие.

15 ноября 1931 г. полный некроз лоскутов. *Erisipelas* распространяется на грудь.

Рожистое воспаление ликвидировалось; омертвевшие ткани отошли, и на месте верхней губы вновь образовался дефект, несколько больше первоначального, но по характеру рисунка такой же. Больной уехал домой и вернулся через два месяца обратно.



Рис. 494

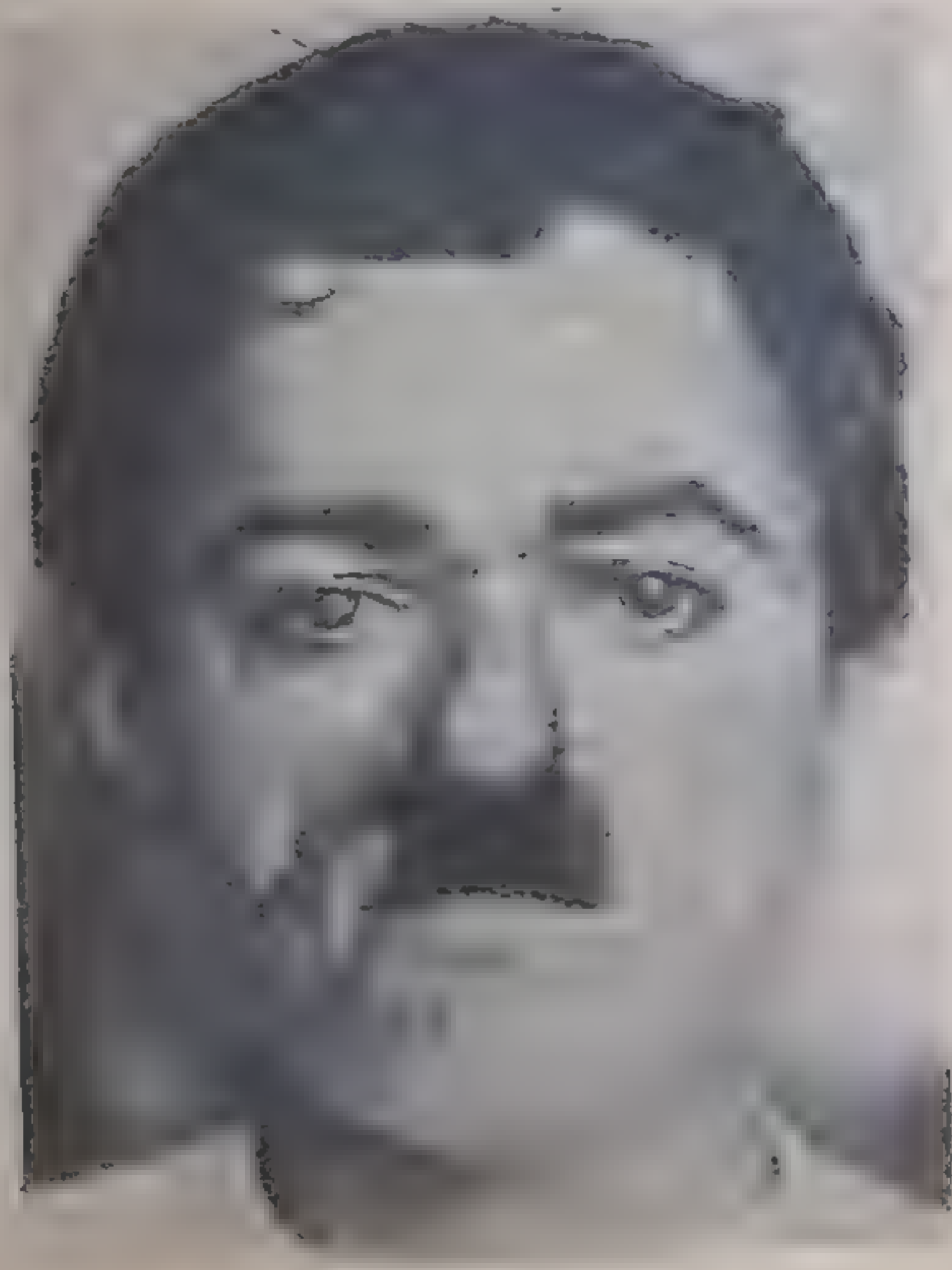


Рис. 495

На этот раз мы решили образовать верхнюю губу из скальпа в виде пистолетной ручки по Лексеру. Кожа лба должна образовать выстилку, волосистая часть — наружное покрытие.

21 марта 1932 г. операция. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Вокруг дефекта выкроен опрокидывающийся лоскут для образования переходной складки верхней губы. Затем выкроен скальп по Лексеру в виде пистолетной ручки. Свободный край лоскута содержит кожу лба. По линии перехода кожи лба в волосистую часть лоскут удвоен. Кожа лба пошла на выстилку верхней губы, волосистая часть — на наружное покрытие. Выстилка сшита с опрокидывающимся лоскутом. Волосистая часть лоскута вживлена в образовавшуюся раневую поверхность. Ножка скальпа удвоена парой швов. Рана в волосистой части черепа частично уменьшена матрасными швами. На рану головы наложена вазелиновая повязка.

На рис. 496 больной на 10-й день после операции.

10 апреля 1932 г. ножка скальпа отсечена, расправлена и возвращена на свое место. Лоскут слева, вживлен «заподлицо». Новая губа еще отечна (рис. 497).

10 мая 1932 г. операция. Местная анестезия. Справа в подключичной ямке образован флатовский стебель. Питающий конец в области головки плеча, лоскутный — в области мечевидного отростка. Первичное натяжение.

24 мая 1932 г. операция. Местная анестезия. На переносье на уровне внутренних углов глаз поперечный разрез до кости. Кожа туннелирована вниз к glabella. Под кожу пересажен хрящевой трансплантат, взятый из реберной дуги. Первичное натяжение.

24 июня 1932 г. операция. Местная анестезия. У лоскутного конца стебля выкроен миртообразный лоскут, сохраняющий связь с материнской почвой и стеблем у его основания. Лоскут вновь уложен на место и тщательно пришит конским волосом.

29 июня 1932 г. образование носа. Местная анестезия. На спинке носа выкроен опрокидывающийся лоскут основанием к дефекту, содержащий хрящ. Вокруг дефекта освежена поверхность в виде узких раневых полосок: вну-

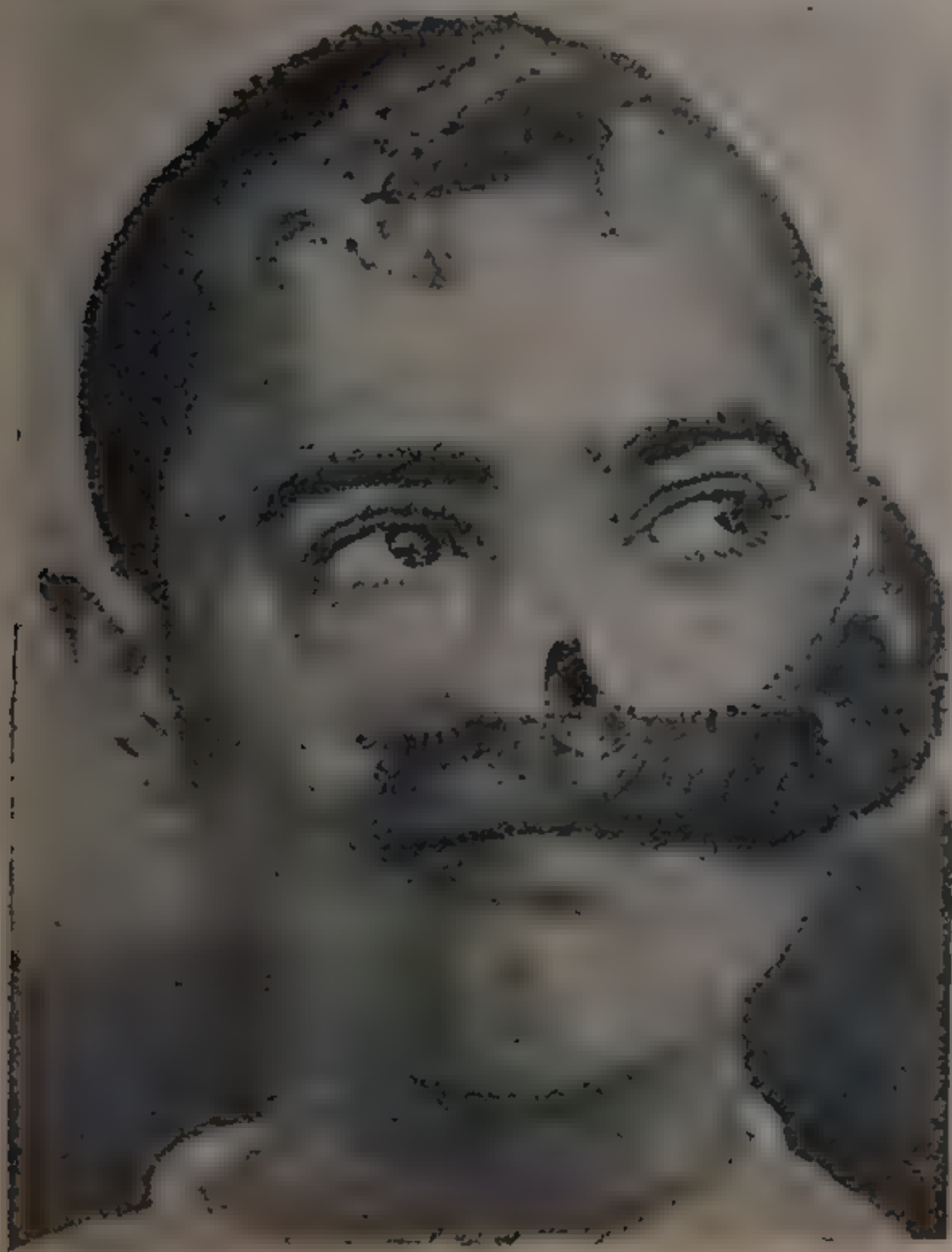


Рис. 496.



Рис. 497.



Рис. 498

трениий край для приема выстилки, наружный для приема покрытия. Опрокидывающийся лоскут установлен в надлежащее положение и пришит кетгутом. Лоскут на филатовском стебле окончательно отделен от материнской почвы и перенесен на раневую поверхность носа.

Для надежной фиксации головы в необходимом положении правая мочка уха одним швом пришита к области плечевого сустава (рис. 498). Наложена марлевая 8-образная повязка вокруг плеча и головы. Один пуговичный шов через середину стебля и кожу лба предупреждает натяжение в лоскуте. Гладкое послеоперационное течение. Лоскут прижил целиком.

16 августа 1932 г. стебель отсечен на 2 см ниже лоскута. Раневой конец лоскута завернут внутрь и шит с выстилкой. Этим оформлен кончик носа. Остаток стебля удален.

Позднее произведены косметическая поправка на носу, исправление угла рта и т. д.

На рис. 495 вид больного перед выпиской. Новая губа обладает некоторой долей мимической подвижности, увлекаемая при улыбке соседними мышцами.

Случай 103

Больной И., тюрк, 16 лет, пастух. Год назад в горах подвергся во время сна на пастбище нападению собак—овчарок соседнего стада. На месте укушенной раны в области носа и верхней губы образовалась распадающаяся поверхность. Лечил больного один из пастухов, старше по возрасту. В результате оказалось полное разрушение носа и верхней губы.

На рис. 499 вид больного при поступлении в отделение.

Полное отсутствие хрящевой части носа по границе *apertura piriformis*. Костная часть носового моста сохранена. Повреждена лишь кожа, пересеченная вертикальным вдавленным рубцом. Вход в правый носовой ход свободен. Левый облитерирован рубцом. Верхняя губа разрушена совершенно. Зубы обнажены. Вокруг дефекта носа и верхней губы массивный лучистый рубец; на волосистой части головы *favus*. Пациент—старый маляр, селезенка увеличена до пупка.



Рис. 499



Рис. 500

Основательная химизация, облучение волосистой части головы рентгеном и санация полости рта предшествовали операции так же, как и ежедневные мыльные ванны.

План восстановления разбит на два основных акта: а) восстановление верхней губы и б) восстановление носа.

Восстановление верхней губы в свою очередь разбивается на несколько этапов. В основном решено построить губу при помощи двух назо-лабиальных лоскутов; во второй момент образовать для нее красную кайму с нижней губы, и растительность при помощи скальпа — как третий этап операции.

Образование носа намечено произвести по индийскому методу — лоскут со лба для наружного покрытия и опрокидывающийся лоскут для выстилки. Последний должен быть предварительно снабжен хрящом.

14 января 1930 г. операция образования верхней губы. Эфирно-масляный наркоз через прямую кишку. Справа и слева симметрично выкроены два опускающихся назо-лабиальных лоскута, сведенные над верхней челюстью с большим натяжением, так как они заключают в себе много рубцовой ткани. Внутренняя поверхность лоскутов образовала выстилку. Для приема лоскута по нижнему краю *аретюра ригiformis* освежена поверхность в виде опрокидывающейся плоскости для приема выстилки, а верхний край этой раны — для наружного покрытия. Вторичные дефекты на месте взятия назо-лабиальных лоскутов закрыты так, как это обычно делается в этих случаях (см. главу о верхней губе).

Несмотря на обилие рубцовой ткани в толще лоскута и заметное натяжение в ножках лоскута мы не наложили по линиям наибольшего напряжения пуговичных швов и были вскоре за это наказаны. На четвертый день после операции швы по средней линии и по границе лоскутов с материнскими краями при наличии небольшой инфекции начали быстро прорезываться, и новая губа угрожала совершенно расползтись. Это обстоятельство потребовало вторичного вмешательства.

20 января 1930 г. мы наложили во фронтальной плоскости две пары пуговичных швов. Один из пуговичных швов стягивает назо-лабиальные лоскуты между

собой, другой, попереk носового отверстия, — удерживает щечные лоскуты правой и левой сторон (рис. 501).

Расхождение раны прекратилось и все зажило вторичным натяжением.

Результат операции: тело верхней губы хорошее. Свободный край вдавлен натянутым рубцом.

24 февраля 1930 г. образование красной каймы. Местная анестезия. Рубец по свободному краю вновь образованной верхней губы иссечен. На передней поверхности выкроена и освежена поверхность, по рисунку соответствующая красной кайме. Затем на внутренней поверхности нижней губы выкроен лоскут основанием к свободному краю губы, лоскутным концом к основанию губы. Четырехугольный лоскут слизистой перенесен на освеженную поверхность верхней губы так, как это описано в случае 34 (стр. 105).

Рот замкнут наглухо одним пуговичным швом через обе губы по средней линии. В правый угол рта введен катетер для приема жидкой пищи.

8 марта 1930 г. ножка лоскута пересечена по зонду, введенному через угол рта позади лоскута. Остаток кожи вживлен в нижнюю губу и раневой край лоскута прижат к внутренней поверхности верхней губы.

Образование губы приближается к концу. Поэтому начата подготовительная работа к конструкции носа.

1 апреля 1930 г. пересадка хряща под кожу носового моста — будущий опрокидывающийся лоскут. Местная анестезия. Сделан поперечный разрез на glabella до кости. При помощи элеватора кожа носового моста минирована вниз. Затем справа из реберной дуги взят хрящевой прямоугольный трансплантат и перенесен в туннель, образованный под кожей носа. Наложен глухой шов. Еще два хрящевых трансплантата из реберной дуги пересажены под кожу живота из той же раны. Дено (см. общую часть главы о пластике носа)! Глухой шов на переносе и на грудь. Первичное натяжение.

Остается закончить верхнюю губу, пересадив на нее растительность.

15 мая 1930 г. операция. Местная анестезия. На передней поверхности верхней губы освежена площадка для приема лоскута-скальпа, снабженного растительностью. С освеженной поверхности верхней губы сделана стапюлевая выкройка, по которой вырезан лоскутный конец скальпа. Затем выкроена осталь-



Рис. 501



Рис. 502

ная часть скальпа и лоскутный конец его перенесены на губу, где фиксирован конским волосом. Ножка скальпа превращена в трубку парой швов. Рана на волосистой части головы сужена матрасными швами и покрыта вазелиновой повязкой.

На 11-й день после операции сняты матрасные швы, лоскут прекрасно прижился. Рана головы покрыта хорошими грануляциями.

31 мая 1930 г. ножка скальпа отсечена на месте перехода его в лоскут. Лоскут вживлен «заподлицо» к окружающим тканям. Остаток скальпа расправлен и возвращен на место, где после освежения краев раны приживлен к материнской почве. Остающейся части гранулирующей раны предоставлена возможность зажить *per secundam*.

На рис. 502 результат операции.

Перед вторым актом сделан перерыв, и больной выписан. Осенью он возвратился вновь, и мы приступили к образованию носа.

4 ноября 1930 г. операция образования носа индийским способом. Эфирно-масляный ректальный наркоз. На спинке носа и частично на glabella выкроен опрокидывающийся лоскут, содержащий хрящ на своей раневой поверхности. Основание лоскута у верхнего края дефекта. Боковые границы дефекта носа освежены в виде двух губ. Внутренняя губа для премо-выстилки, наружная — для покрытия. Опрокидывающийся лоскут установлен раневой поверхностью наружу и пришит кетгутом к внутренней губе воспринимающих краев. Образовалась выстилка, несущая на себе хрящевые стропила. Затем выкроен лобный опускающийся лоскут и им покрыта вся раневая поверхность, начиная от glabella и до кончика нового носа. Лобный лоскут пришит конским волосом к наружной губе воспринимающих краев, а внизу — к свободному концу выстилки.

Рана на лбу уменьшена натяжением матрасных швов. Наложена вазелиновая повязка на лоб. Нос оставлен без повязки.

Лоскуты прижили за исключением правого угла наружного покрытия, где наступил краевой некроз.

С 10-го дня больной получает ежедневную ванну. На 15-й день появилась рожа лица и головы, но вскоре прошла, никак не отразившись на питании лоску-



Рис. 503

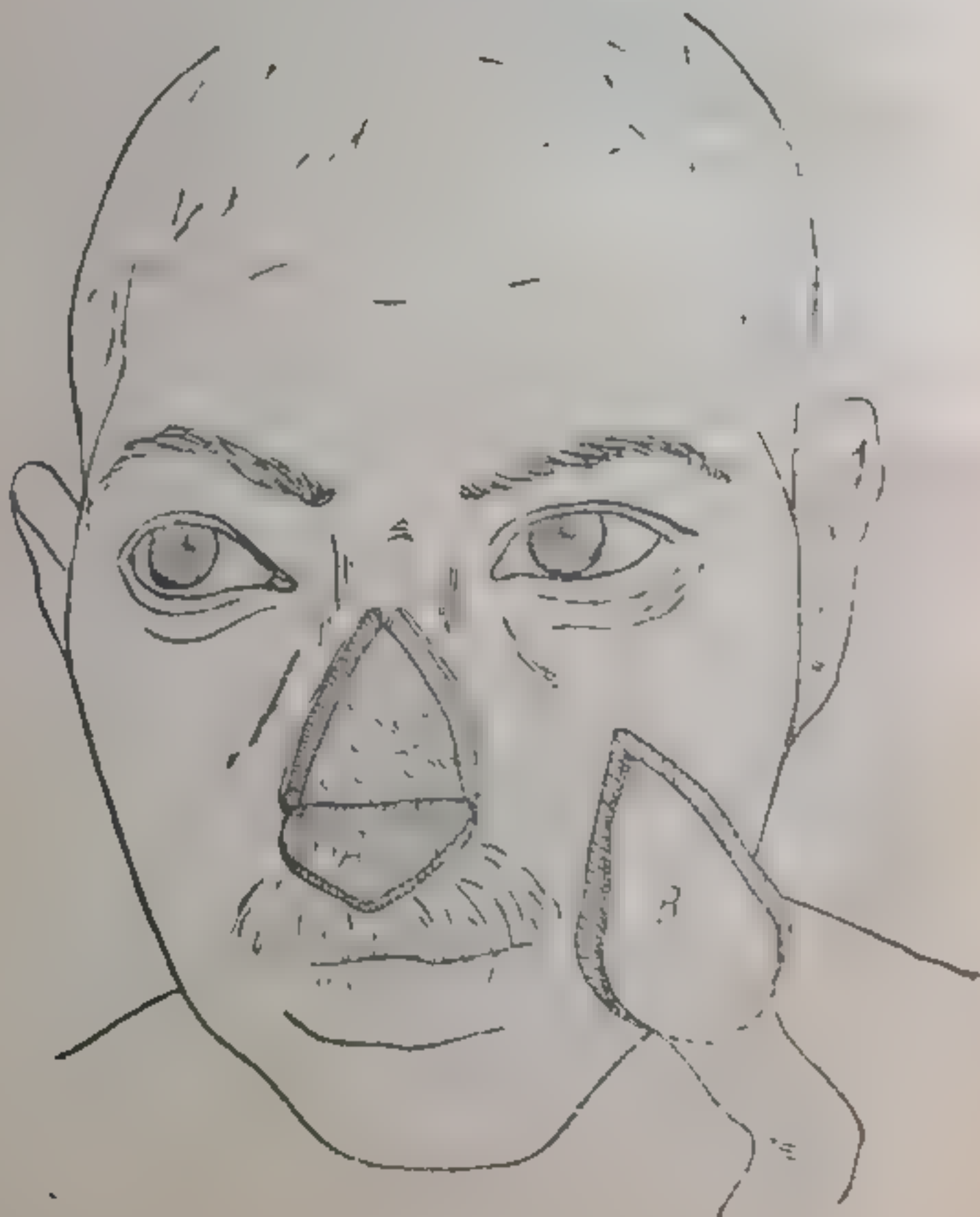


Рис. 504



Рис. 503

тов. Рожка задержала отсечение ножки лобного лоскута, что было сделано лишь 16 декабря 1930 г. Ножка эта отсечена на переносье и возвращена на лоб. Произведены косметические поправки для оформления переносья. Остаток раны на лбу быстро заживает.

На рис. 503 результат операции. Кончик носа оказался коротким и совершенно не оформленным.

Больной выписан временно домой с советом явиться снова для окончательной отделки носа, главным образом его кончика. В начале февраля вновь поступает в отделение для этой операции.

На этот раз мы решаем приживить к имеющемуся носу лоскут на филатовском стебле и из него образовать необходимую для этой части носа выпуклость с переходом ее в форму нижней поверхности.

9 апреля 1931 г. операция. Местная анестезия. Слева на грудной клетке выкроен филатовский стебель питающим концом у плечевого сустава, лоскутным вблизи мечевидного отростка грудины. Края раны стебля сшиты конским волосом. Рана на груди стянута сильными матрасными и пуговичными швами.

Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение на груди и на стебле.

17 апреля 1931 г. у лоскутного конца стебля выкроен миртообразный лоскут. Лоскут отделен от материнской почвы за исключением того места, где он переходит в стебель. Под лоскут помещена свинцовая пластинка, по размерам соответствующая лоскуту. Лоскут уложен поверх пластинки и тщательно пришит вновь к материнским краям. Наложена асептическая повязка.

28 апреля 1931 г. операция образования кончика носа. Местная анестезия. Миртообразный лоскут отделен вместе с филатовским стеблем от материнской почвы. На кончике носа приготовлено ложе для приема лоскута (рис. 504); край выкроен опрокидывающийся треугольник основанием к кончику носа (А); край образовавшейся раны отслоены в обе стороны. Край миртообразного лоскута (В) освежены соответственно в виде клина. Лоскут А прикроет заднюю поверхность лоскута В, образовав выстилку нижней поверхности кончика носа.

Чтобы фиксировать голову в необходимой позе, левая мочка уха пришита

к коже в области левого плечевого сустава. 8-образная повязка из мягкого марлевого бинта дополнила надежность положения головы.

На рис. 505 больной на 15-й день после этой операции.

7 мая 1931 г. стебель отсечен на 2 см ниже миртообразного лоскута. Остаток стебля на лоскуте расщеплен в длину по задней поверхности, по линии рубца. Образовавшийся лоскут подвернут свободным краем внутрь и пришит к освещенной поверхности выстилки. Остаток филатовского стебля удален совершенно. Рана на плече зашита узловыми швами.

Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение.

9 и 30 июня 1931 г. произведены добавочные косметические поправки на кончике носа, оформляющие его рисунок, а также расширены ноздри при помощи эссеровской вкладки.

На рис. 500 вид больного перед выпиской.

Случай 104

Больной Г., 17 лет, крестьянин из Дагестана. *Lues gummosa*. Переведен к нам из венерического отделения, где в течение почти года подвергся нескольким массивным курсам специфического лечения. Сейчас реакция Вассермана отрицательная.

На рис. 506 вид больного при поступлении к нам в отделение. Вместо носа глубоко запавшая в виде воронки дыра, окруженная плотным рубцом. Вместе с мягкими тканями разрушен и костно-хрящевой остов носа. Губы разрушены совершенно. Зубы обнажены и челюсти замкнуты наглухо круговым плотным рубцом вокруг ротового кольца. Питается больной с трудом, продавливая комочки пищи между зубами. Непроизвольно стекает слюна. Рубцовая ткань от носа и губ расходится по щекам, инфильтрируя ткань последних. Обнаженные зубы поражены *pyorrhea*. Речь невнятная, больной цедит слова сквозь замкнутые зубы.

Случай этот относится к нашим ранним операциям — с больным мы имели много неудач и на этих неудачах научились многому.

План восстановления был разбит нами на два акта: вначале восстановить нос,



Рис. 506

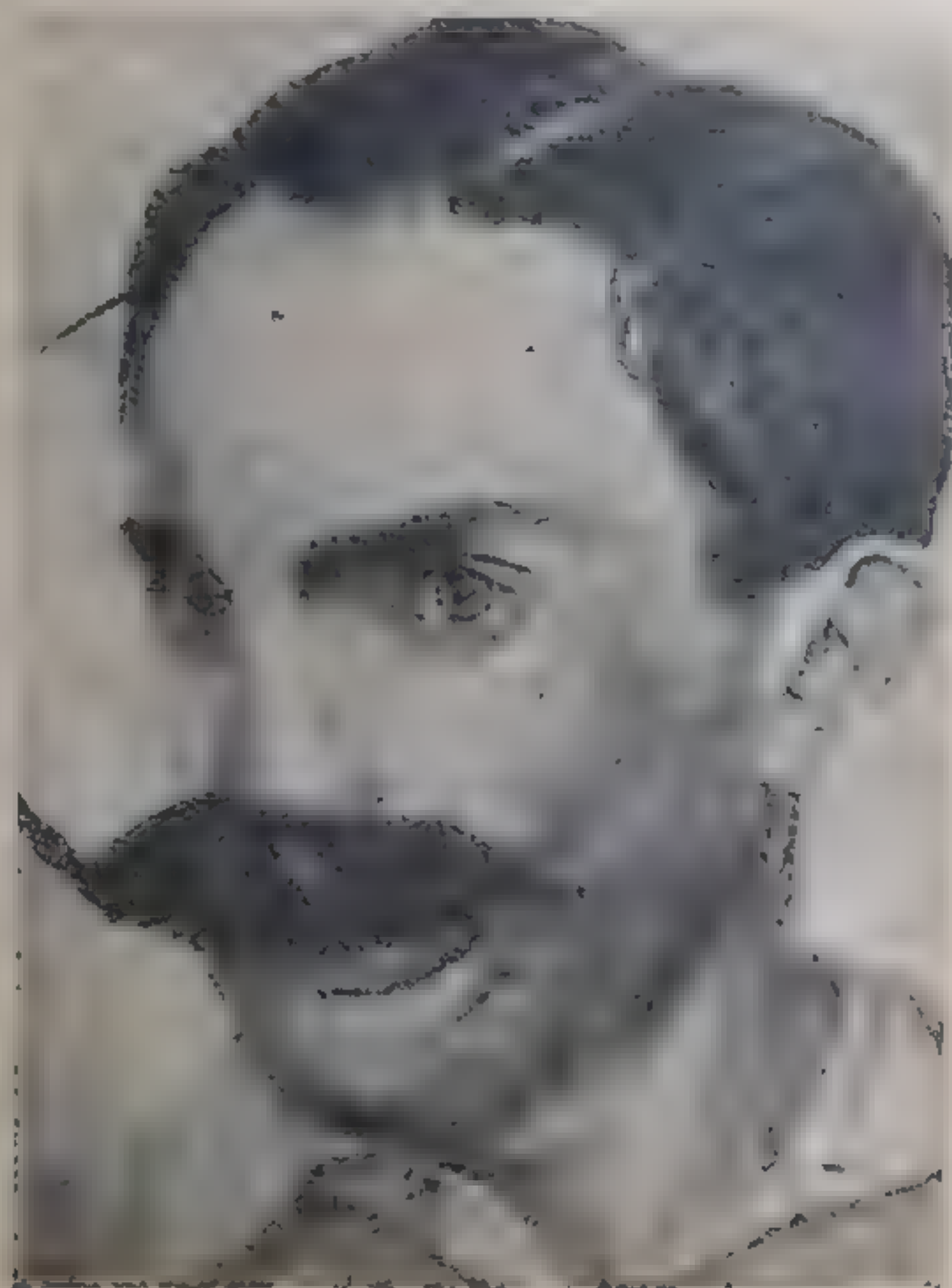


Рис. 507

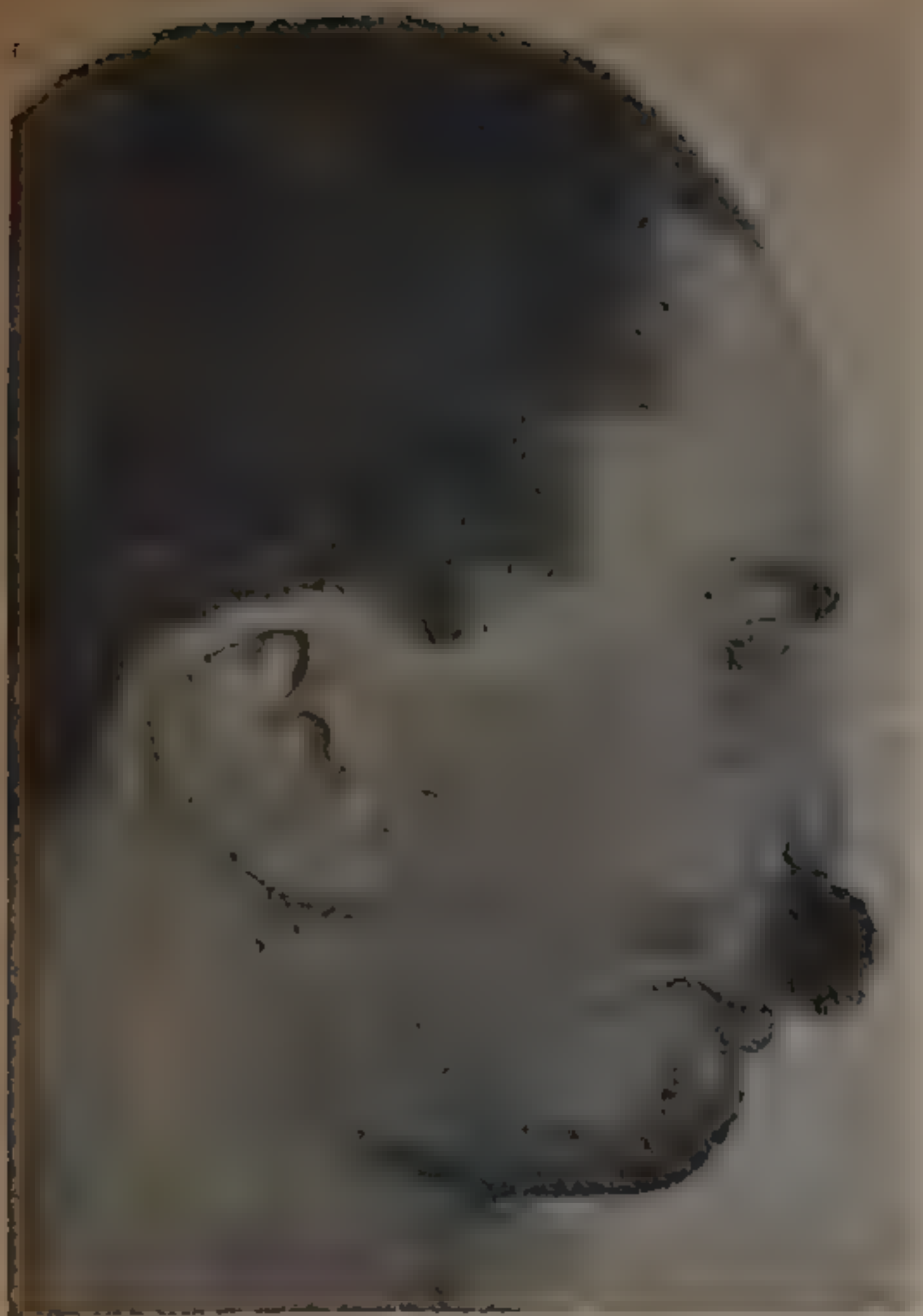


Рис. 508



Рис. 509

затем ротовое кольцо. Позже опыт научил нас поступать наоборот, так как легче устроить нос, имея для него фундамент в виде верхней губы.

План восстановления носа был составлен в следующем виде: носовая выстилка образуется за счет опрокидывающихся лоскутов, выкроенных в непосредственной близости к дефекту; межуточная часть носа, суппорт, образуется из хряща, который предварительно пересаживается под кожу лба. Таким образом наружное покрытие вооружается суппортом.

Этот маневр также следует считать ошибочным. Суппорт правильнее соединять с выстилкой. Пересаженный в наружное покрытие, он грубит фактуру последнего, лишает хирурга возможности давать покрытию желаемую форму и ограничивает возможность манипулировать лоскутом. Наконец не всегда легко заранее рассчитать точно, где придется та или иная часть лоскута наружного покрытия.

15 июня 1926 г. операция. Местная анестезия. На границе волосистой части лба в области левого лобного бугра сделан небольшой разрез кожи до кости. Из этого разреза элеватором минирована кожа лба в направлении переноса. Затем из правой реберной дуги взято несколько кусочков реберного хряща. Кусочек хряща, который должен служить основной средней балкой для носового моста, взят длинным. Конец этого хряща надрезан и перегнут так, чтобы он образовал позже прямой угол.

Кроме того к этой основной балке пришиты с двух сторон по две пары боковых стропил. Получилось образование, напоминающее распластаный остов скатов крыши. Все это пересажено под кожу лба в подготовленное ложе (рис. 509).

Раны на груди и на лбу зашиты наглухо. Первичное заживление.

Одновременно мы решили готовиться к образованию ротового кольца. План представлялся нам в следующем виде: иссечь рубец вокруг ротового отверстия, мобилизовать слизистую и окаймить ею нормальную кожу, что должно вернуть подвижность нижней челюсти, а несколько позже из двух назо-лабиальных лоскутов образовать верхнюю губу.

30 июня 1926 г. операция. Местная анестезия. Иссечение рубца вокруг ротового отверстия радикально произвести не удалось вследствие его обширности в глубине и по поверхности.

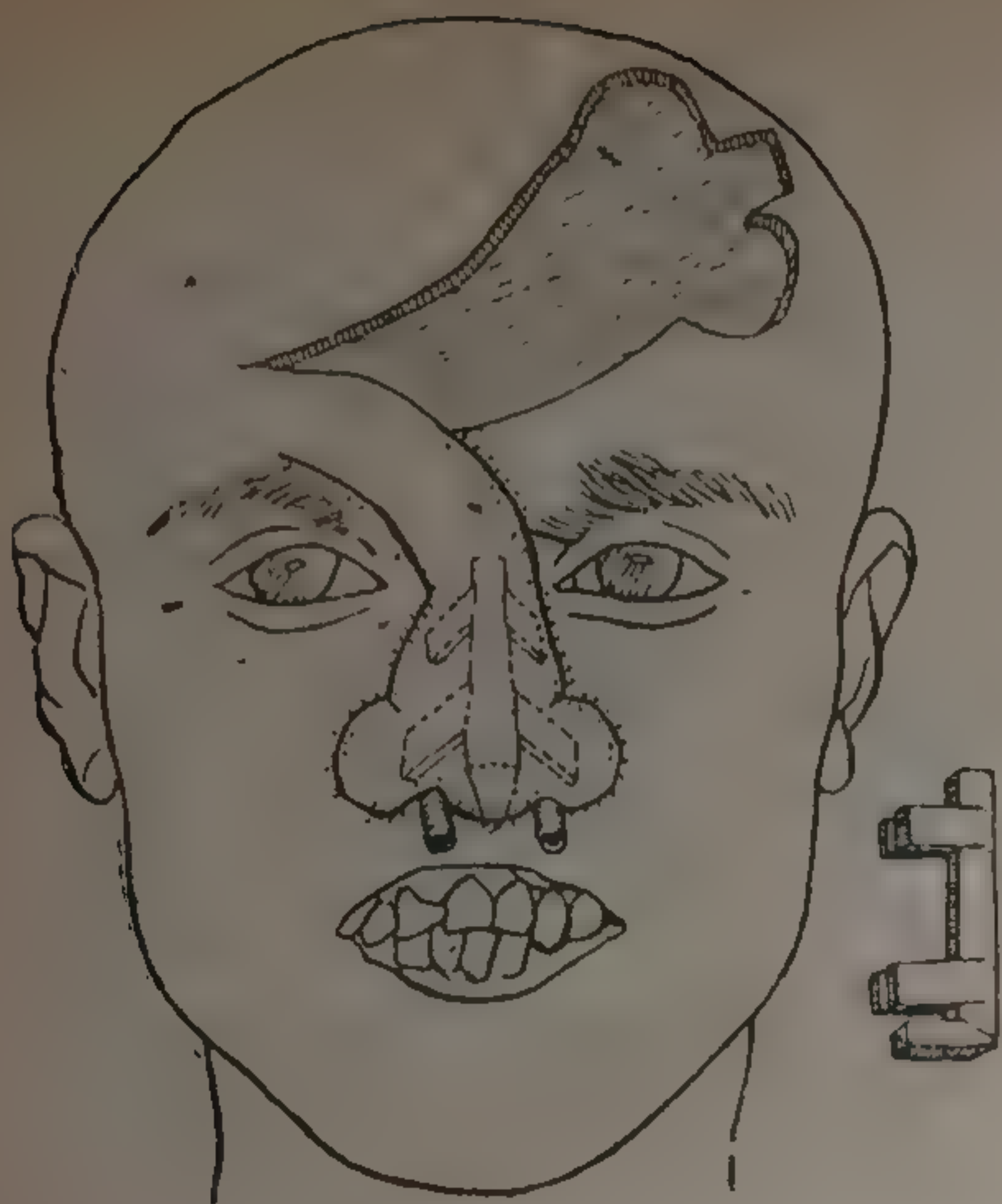


Рис. 510



Рис. 511

Рана долго заживала, под конец осталось то же состояние, что и до операции.

22 октября 1926 г., выкрояв под местной анестезией два назо-лабиальных опускающихся лоскута, мы образовали верхнюю губу. Лоскуты рубцовые, мало эластичные и плохо подвижные. Конечно все омертвело, но зато независимо от нас эта операция имела положительный результат: после того как отошли омертвевшие ткани и рана зарубцевалась, показалась нормальная слизистая, вывернутая наружу рубцом. Раскрывание рта стало возможно в довольно приличных размерах.

6 января 1927 г. операция образования носа. Местная анестезия. Вокруг входа в нос выкроены опрокидывающиеся лоскуты из окружающей рубцовой ткани и сшиты один с другим по средней линии. Для образования выстилки крыльев носа выкроены два специальных лоскута, также повернутые эпителизированной поверхностью внутрь. Лоскуты эти сшиты один с другим по средней линии к освеженной поверхности ниже входа в нос. Образовались два кольца—ноздри. Выкроен лобный лоскут, содержащий хрящевой трансплантат. Хрящи надломлены так, как это показано на схеме операции (рис. 510 хрящ показан пунктиром).

Опасаясь за судьбу ножки лобного лоскута, перекинутой в виде моста через кожу glabella, мы иссекли этот участок кожи и вживили ножку лобного лоскута в образовавшуюся раневую канавку. Рана на лбу частично уменьшена матрасными швами. Остальное покрыто вазелиновой повязкой.

На рис. 511 непосредственный результат операции.

Однако вскоре обнаружилось, что нос теряет форму и оседает, особенно периферическая часть. Выяснилось, что выстилка совершенно омертвела, что и послужило причиной указанного обстоятельства. Верхушка носа осела окончательно и носовые ходы облитерировались. Хорошо сохранились верхние две трети носового моста.

11 февраля 1927 г. операция. Местная анестезия. Часть ножки лобного лоскута отсечена и возвращена на место. Сделаны мелкие поправки, оформляющие симметрию носового моста и переносья. Для этого под лоскутом на переносье убран избыток жира и слишком длинный конец вертикальной части хряща.

Остающаяся на лбу гранулирующая рана покрыта тиршевским трансплантатом. Гладкое приживление.

На рис. 512 хорошо виден осевший кончик носа и полная облитерация носовых ходов.

20 февраля 1927 г. при помощи толстого троакара образованы симметрично два носовых хода, для чего пробуровлен лобный лоскут. Для эпителизации поверхности образованных каналов вставлена вкладка Эссера. Дренажные трубки обвернуты тиршевскими трансплантатами.

Мы решили образовать кончик носа при помощи лоскута, снабженного хрящом, перенеся его на филатовском стебле с груди.

31 марта 1927 г. мы производим справа и слева на уровне углов рта горизонтальные разрезы, так как раскрытие рта еще недостаточно. Образовавшиеся раны окаймлены слизистой. Операция дала хороший результат.

12 мая 1927 г. из левой реберной дуги взяты хрящевые трансплантаты. Один из них пересажен под кожу груди в области будущего лоскута. Трансплантату придана форма креста. Еще пара хрящевых трансплантатов пересажена под кожу груди слева в качестве хрящевого резерва. Первичное натяжение.

25 мая 1927 г. справа в подключичной ямке образован филатовский стебель питающим концом у головки плеча, лоскутным концом — вблизи мечевидного отростка грудины. Лоскутный конец стебля подходит к месту пересаженного крестовидного хрящевого трансплантата. Рана на месте образования филатовского стебля стянута крепкими матрасными швами.

22 июня 1927 г. из нижнего конца стебля выкроен кожный лоскут, включающий в себя хрящевой трансплантат. Лоскут сохраняет связь с материнской почвой через лоскутный конец стебля. Лоскут уложен на место и пришит к материнским краям конским волосом. Первичное натяжение.

29 июня 1927 г. верхний край лоскута очерчен разрезом, отделен от материнской почвы и снова пришит обратно.

5 июля 1927 г. лоскут отделен совершенно и оставлен на филатовском стебле. Лоскут отделен таким образом, что мягкие ткани покрывают целиком пересаженный хрящ. Лоскут оставлен в асептической повязке. Сделано это по ниже-следующим соображениям: лоскут, рубцуясь со стороны раневой поверхности,

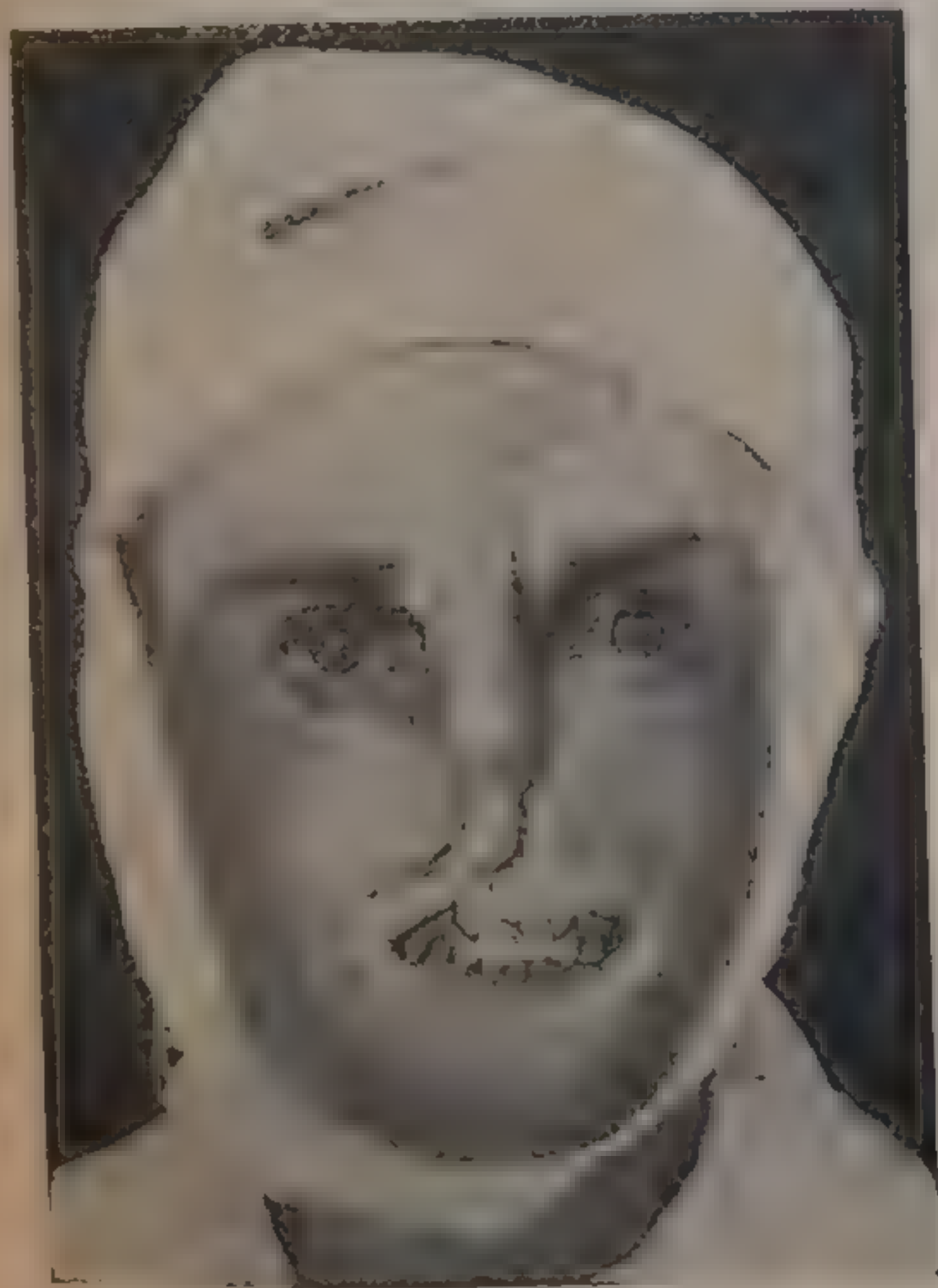


Рис. 512

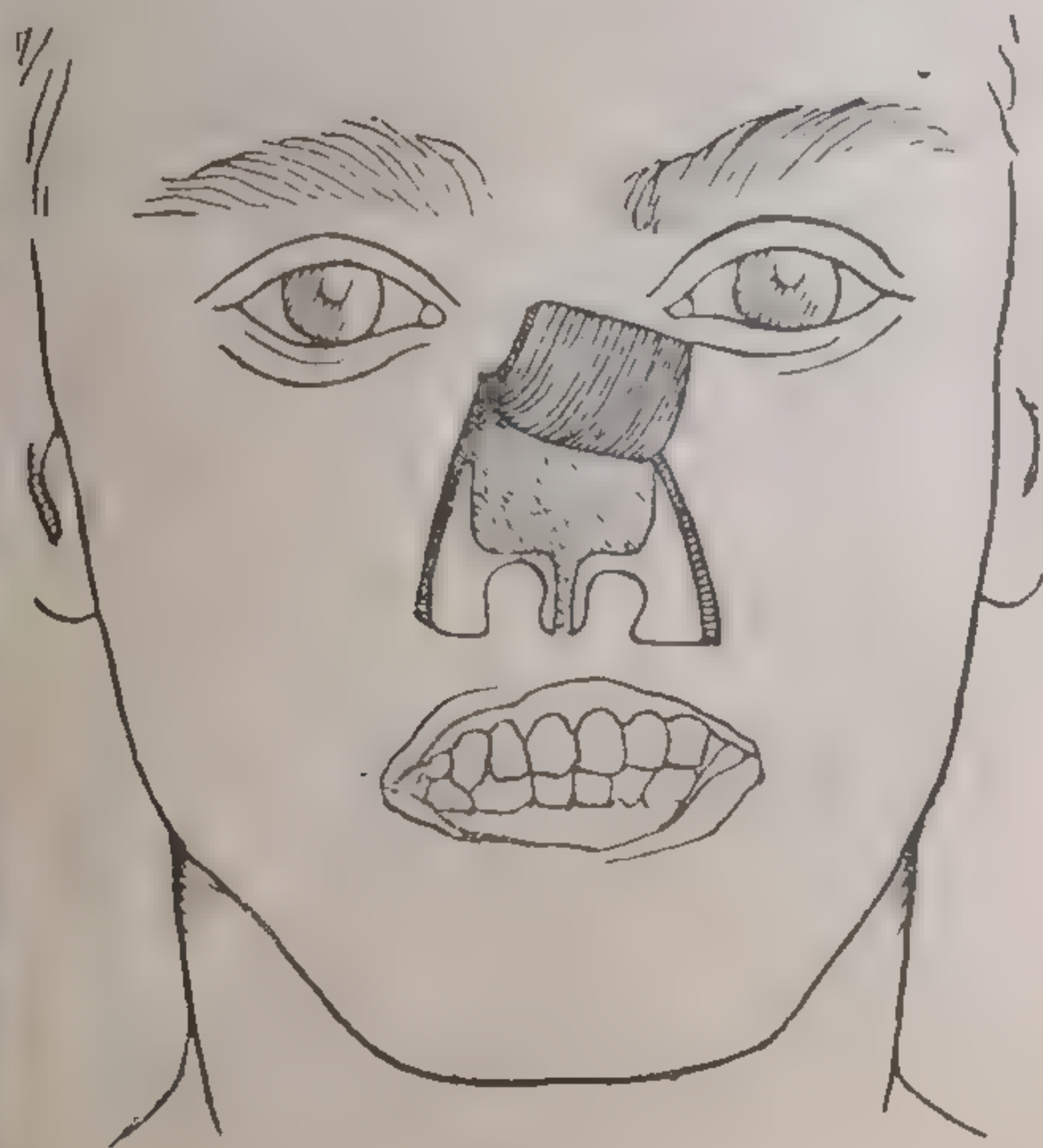


Рис. 513

должен принять более выпуклую форму, что будет способствовать также лучшей форме носа (?). Довольно рискованный эксперимент над лоскутом, содержащим хрящевой трансплантат (неправильная техника!).

Однако все это обошлось благополучно. Лоскут, отделенный от материнской почвы, прекрасно выглядит, не имея никаких признаков нарушения питания. Рубцевание гранулирующей поверхности создало выпуклость в сторону койки. Носовые ходы достаточно широки в диаметре.

6 сентября 1927 г. операция образования кончика носа. Местная анестезия. На передней поверхности носа для приема лоскута освежена поверхность так, как это показано на рис. 513. Лоскут А откинут кверху, а в боковых отделах образованы две губы раны. Наружные края раны минированы. На передней и задней сторонах лоскута освежены поверхности, соответствующие рисунку воспринимающей раны.

На рис. 514 освеженные поверхности лоскута заштрихованы.

8-образная повязка из мягкого марлевого бинта вокруг головы и левого плеча фиксирует необходимое положение. На рис. 515 вид больного на шестой день после операции.

Чтобы уменьшить натяжение в лоскуте по линии наибольшего напряжения — по наружной дуге филатовского стебля, — через середину его, через самый краешек кожи проведен один пуговичный шов, который вторым концом прошит сквозь кожу лба выше левого угла глаза. Натяжение этой «струны» обеспечивает покой левой половины лоскута. Под «струну» в местах ее давления на мягкие ткани подложены поперек дренажные трубочки.

Лоскут прижил первичным натяжением.

23 сентября 1927 г. питающий конец филатовского стебля пересечен у плечевого сустава и пересажен к левому углу рта.

На рис. 516 результат операции.

20 октября 1927 г. филатовский стебель отсечен несколько ниже лоскута. Остаток стебля на лоскуте распластан и подвернут внутрь. Нити проведены через свободный край лоскута в виде матрасных стежков, прошиты изнутри наружу на

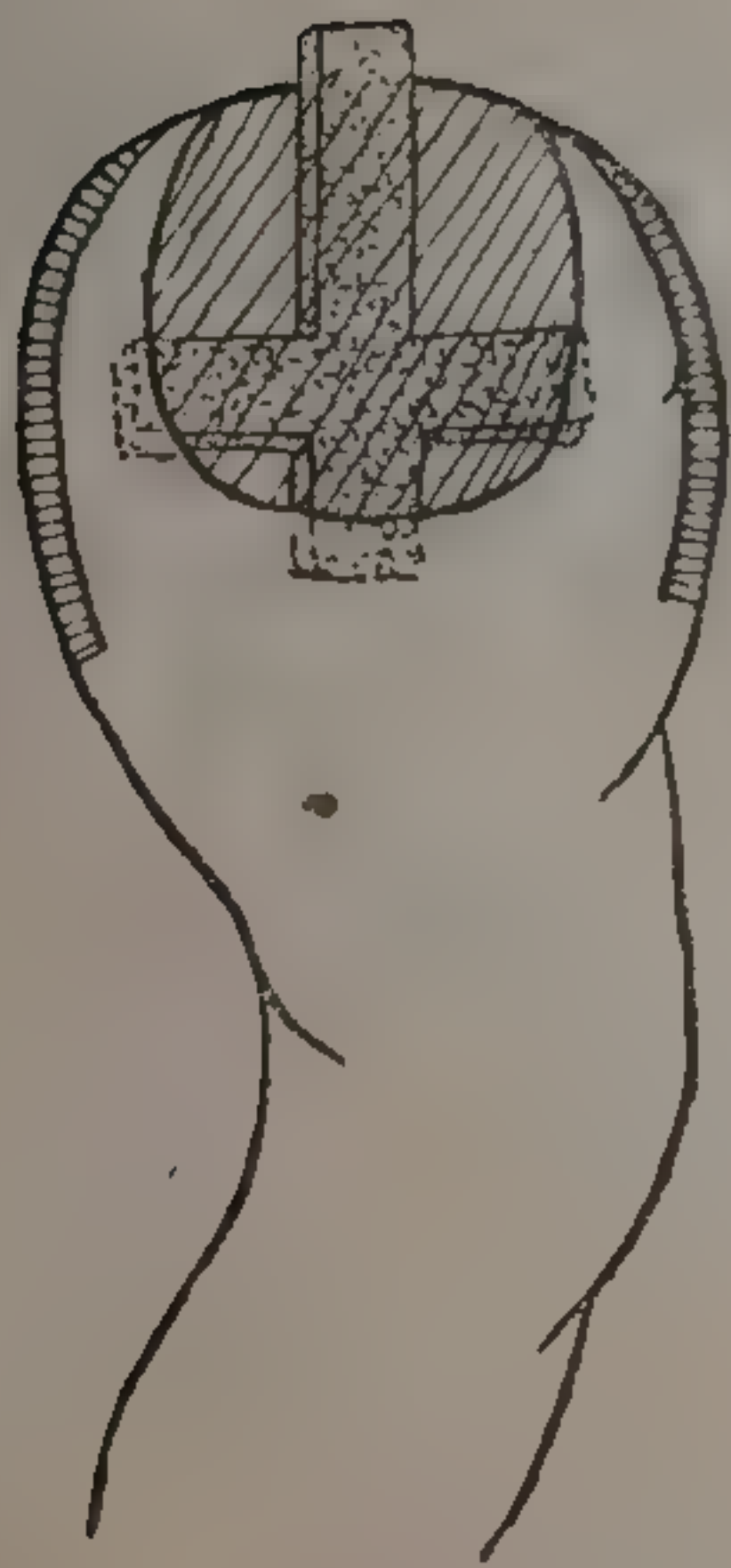


Рис. 514



Рис. 515

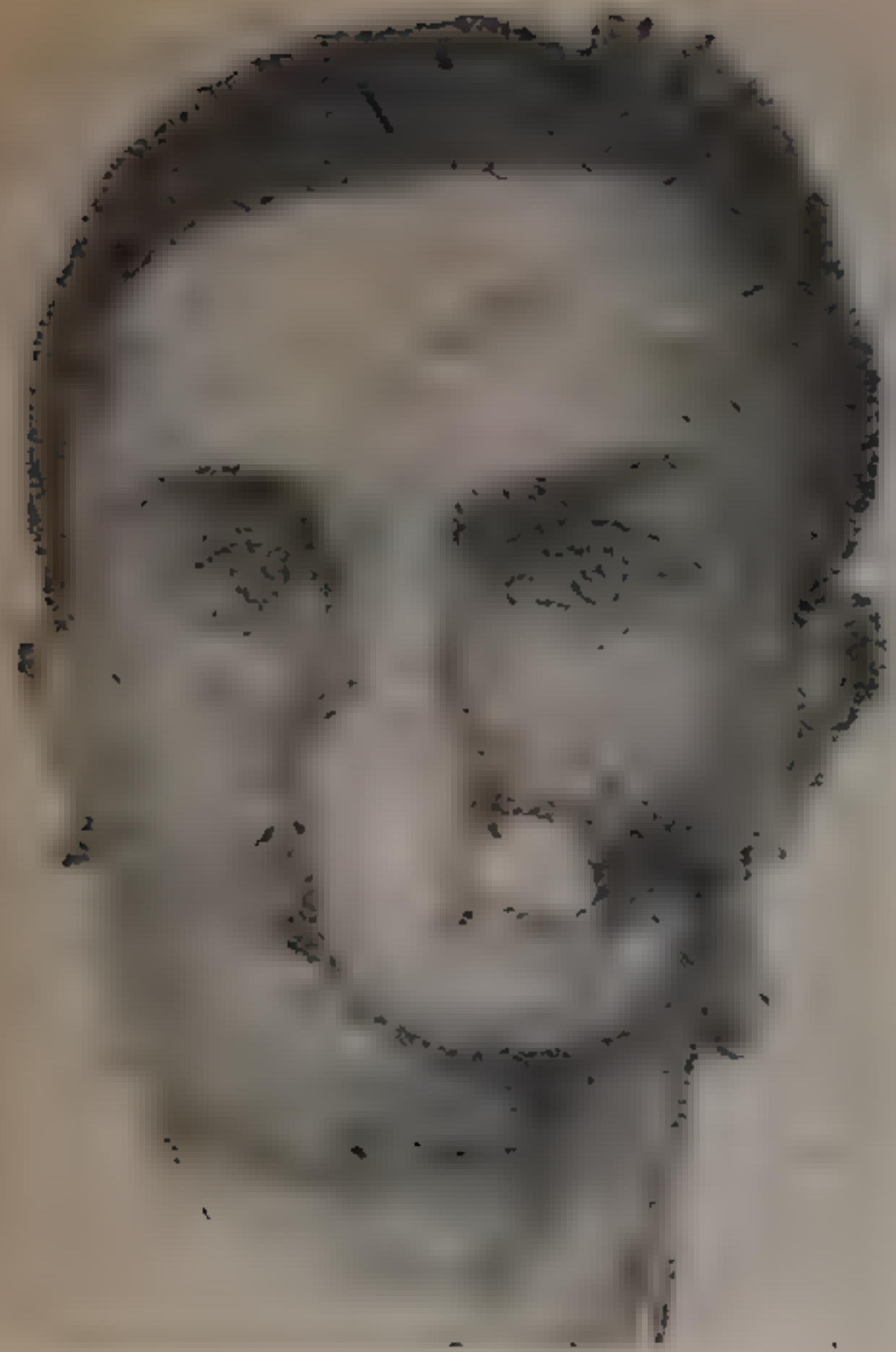


Рис. 516



Рис. 517

спинке носа, где и завязаны над маленькими пуговицами. Натяжение этих швов вворачивает лоскут и этим оформляет кончик носа. Стебель отсеченным концом пришит в области правого угла рта поперек ротового отверстия.

Чтобы предупредить раннее прорезывание швов—стебель массивный и тяжелый,—вокруг него проведена полоска марли 8-образным ходом. Концы ее прикреплены клеолом к коже щеки. Стебель прижиг первичным натяжением.

На рис. 517 результат операции.

Итак, мы получили в изобилии материал для образования нижней губы. Верхнюю губу предполагаем образовать из скальпа.

Реакция Вассермана, проверенная вновь к этому времени, дала ++. Проведены массивные повторные курсы специфического лечения. В мае 1928 г. больной возвращается вновь в отделение. Реакция Вассермана отрицательная.

27 июня 1928 г. операция образования нижней губы. Местная анестезия. Для образования выстилки нижней губы и переходной складки выкроен опрокidyвающийся лоскут основанием у корня зубов, свободным краем—на подбородке (на рис. 518 дана схема операции). Затем освежена задняя поверхность филатовского стебля А так, как это показано на рис. 518.

Гладкое послеоперационное течение. *Prima intentio*.

В ближайшие месяцы производится оформление нижней губы: удаляется избыток кожи, особенно в нижней половине лоскута; оформляется свободный край нижней губы. Делается это с большой осторожностью и этапами. Новая губа еще порядком грубовата. Прекрасный *sulcus labialis*; прекратилось непроизвольное слюнотечение. Больной готовится к образованию верхней губы.

8 ноября 1928 г. операция образования верхней губы. Общий эфирный наркоз через прямую кишку. Для приема скальпа вокруг дефекта освежена линия разреза, затем выкроен скальп с лоскутным концом в виде пистолетной ручки. Кожа лба, лишенная растительности, идет на выстилку. По границе волосистой части лоскут удвоен. Скальп перенесен и пришит к освеженной поверхности. Рана на голове уменьшена натяжением сильных матрасных швов. Ножка скальпа несколькими швами превращена в трубку. Наложена вазелиновая повязка на голову; операционная область на лице оставлена открытой.

На рис. 519 больной на 11-й день после операции. Удалены матрасные швы. Рана головы покрыта прекрасными грануляциями. Лоскут прижиг целиком.

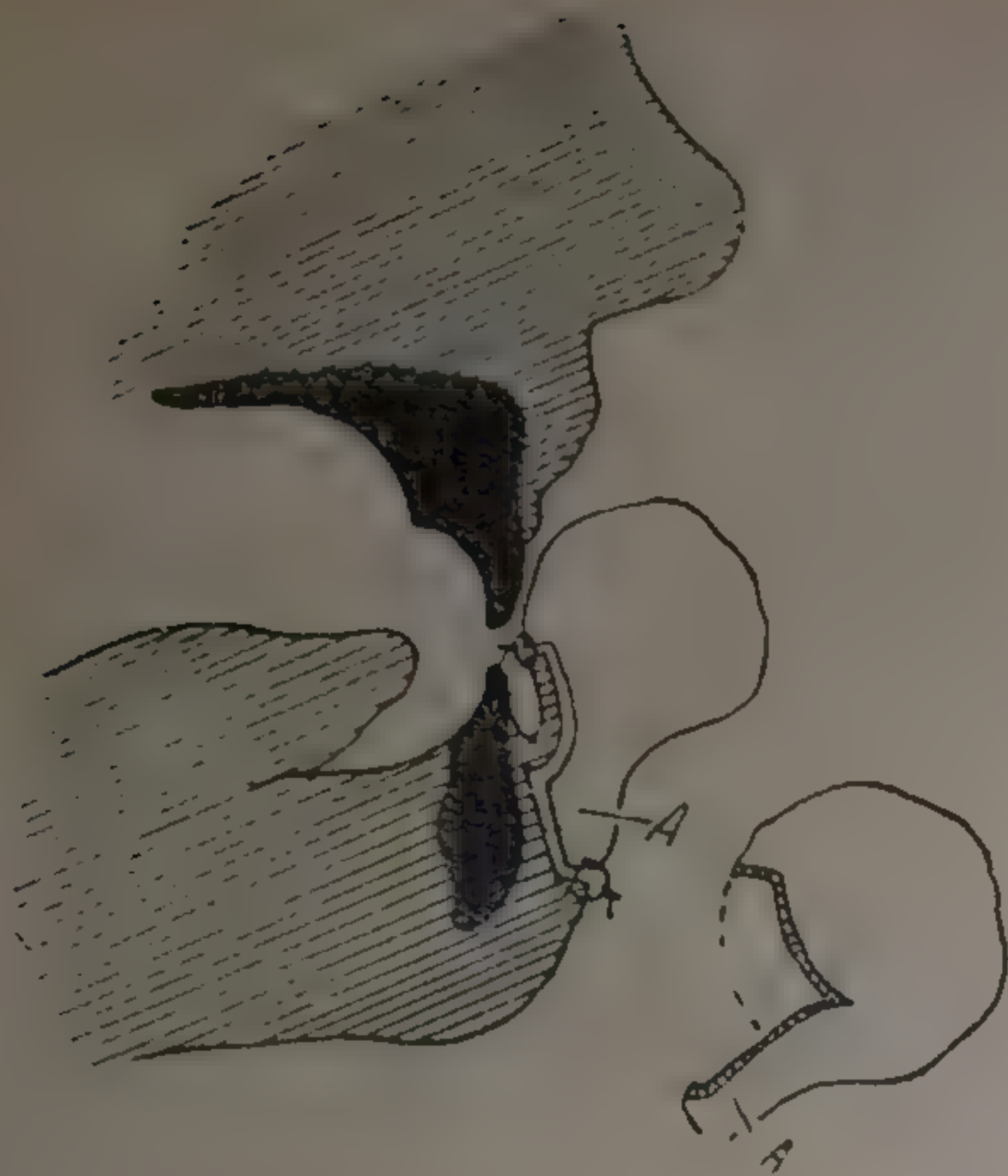


Рис. 518



Рис. 519

27 ноября 1928 г. скальп отсечен по границе с лоскутом, расправлен и возвращен на голову, где пришит к минированным для его приема краям раны матрасными швами. Раневой край лоскута вживлен «заподлицо» к подлежащим тканям. Остаток раны на голове зажил *per granulationem*.

В дальнейшем в течение нескольких месяцев были произведены многочисленные косметические исправления на верхней и нижней губах. Оформлен свободный край нижней губы. Кое-какие поправки и подчистки на лбу и переносье. Верхняя губа покрылась пышной растительностью. Раскрывание рта полное (рис. 509).

На рис. 507 и 508 вид больного перед выпиской из отделения (больной в течение последующих двух лет служил у нас санитаром, затем уехал на родину в Дагестан).

Как мы уже сказали вначале, описанный сложный случай относится к нашим ранним операциям. Несколько подробнее мы изложим все перипетии этого затянувшегося случая для того, чтобы еще раз подчеркнуть постоянную необходимость составления точного плана действия перед операцией. План необходимо составить так, чтобы в случае неудачи новое положение было не хуже основного. Выражаясь фигурально, план наступления должен иметь в виду возможность поражения, и поэтому необходимость заранее приготовить позиции, куда нужно будет отступить.

Случай 105

Больная Ш., 15 лет, крестьянка из Дагестана. В раннем детстве перенесла язвенное заболевание лица, совершенно разрушившее нос и обе губы. Кожа лица покрыта массивным рубцовым панцирем, который глубоко проникает в кожу. Рубец плотным кольцом окружает ротовое отверстие, почему раскрывание рта невозможно. Больная питается, продавливая между зубами комки пищи. На месте носа рубцовая перепонка. *Rhyoghea*.

На рис. 520 вид больной при поступлении в отделение 1 июня 1928 г. Реакция Вассермана резко положительная. Нигде на других частях тела никаких признаков гуммозных рубцов нет. Больная в течение одного года подвергалась нескольким курсам массивного антилюетического лечения. Несмотря на это реакция Вассермана продолжает оставаться резко положительной.



Рис. 520



Рис. 521



Рис. 522

Первоначальный план операции разбит на три акта: 1) образование верхней губы—назо-лабиальные лоскуты, 2) образование нижней губы—филатовский стебель, причем оба эти акта должны уничтожить рубцы вокруг ротового отверстия и вернуть подвижность нижней челюсти, и 3) восстановление носа из остатков стебля нижней губы.

27 января 1929 г. первый акт—восстановление верхней губы. Местная анестезия. Справа и слева выкроены симметрично два опускающихся назо-лабиаль-

ных лоскута. При выкраивании лоскутов стало очевидным, что жизнеспособность их совершенно ничтожна. Рубцовая ткань пронизывает их буквально во всю толщину. Лоскуты вследствие этого мало эластичны и плохо подвигаются. С трудом удалось их снести над верхними зубами и закончить этим операцию. Лоскуты омертвели. Операционная рана зажила *per secundam*. Новый дефект повторяет рисунок предыдущего, он не на много больше старого.

Неудача побудила нас изменить план операции — мы решили отказаться от мысли использовать для восстановления кожу вокруг дефекта. Решено перенести на лицо большой лоскут кожи на двух филатовских стеблях для образования в одно и то же время верхней и нижней губ, а филатовские стебли после приживления лоскута использовать для образования носа.

В промежутке больная вновь получает повторные курсы специфического лечения и вновь реакции Вассермана продолжает оставаться положительной. Несмотря на это больную решено оперировать и она снова поступает в отделение.

16 февраля 1929 г. под общим эфирным наркозом операция образования двух филатовских стеблей на груди. Стебли расположены симметрично: питающими концами в области головки плеча справа и слева, лоскутными — на уровне мечевидного отростка по парастернальным линиям.

Стебли омертвели целиком.

Больная появляется в отделении снова в 1930 г., и настойчивость ее побуждает нас продолжать попытки восстановления. Мы принимаем за основу наш последний план — восстановить верхнюю и нижнюю губы за раз, перенеся большой лоскут на двух филатовских стеблях с груди. Неудачи требуют сугубой осторожности тем более, что реакции Вассермана остается положительной несмотря на бесконечное количество курсов специфического лечения.

В этот раз мы решили образовать стебли на шее, по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* с обеих сторон шеи симметрично.

13 марта 1930 г. операция. Общий эфирный ингаляционный наркоз. Справа на шее по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* образован филатовский стебель пи-



Рис. 523



Рис. 524



Рис. 525



Рис. 526

тающим концом в области сосцевидного отростка, лоскутным—в подключичной ямке.

3 апреля 1930 г. проделано слева то же, что и справа, но под местной анестезией.

Гладкое послеоперационное течение. Первичное натяжение. Образовались два хороших стебля.

Так как лоскут по размерам велик, мы с большой осторожностью подготавливали его к трансплантации на лицо.

17 мая 1930 г. под местной анестезией будущий лоскут очерчен на $\frac{3}{4}$ разрезом. Концы филатовских стеблей входят в его верхний край. Лоскут частично отделен от материнской почвы, уложен вновь на место и пришит конским волосом.

22 мая 1930 г. продолжение предыдущего акта. Разрезом очерчена верхняя граница лоскута между ножками филатовских стеблей. Лоскут отслоен вниз, вновь уложен на место и пришит конским волосом.

31 мая 1930 г. по линии предыдущих двух операций лоскут вновь приподнят (местная анестезия), с сохранением связи с материнской почвой лишь на месте прикрепления лоскутных концов филатовских стеблей. Под лоскут уложена свинцовая пластинка, по размерам соответствующая лоскуту. Лоскут уложен на место и пришит снова конским волосом к краям материнской раны. На рис. 523 видны границы лоскута.

5 июня 1930 г. операция образования верхней и нижней губ. Местная анестезия. Для образования выстилки верхней и нижней губ вокруг ротового кольца выкроены опрокидывающиеся лоскуты и сшиты так, как это показано на рисунке. Затем отделен окончательно грудной лоскут, но перенести его на лицо не удалось вследствие неудачного расположения лоскутных концов филатовских стеблей. Прикрепленные к верхнему краю лоскута, они оказались короткими при положении лоскута на лице. К сожалению мы этого не учли при разработке деталей плана. Стало очевидным, что стебли должны прикрепляться к нижнему краю лоскута и что их надо удлинить вниз. Операцию решено было оборвать и восстановить status quo. Опрокидывающиеся лоскуты возвращены на место и пришиты в свое исходное положение. С лоскутом на филатовском стебле сделано то же самое—он возвращен на грудь.

Все прижило великолепно и ничто не пострадало от операции.



Рис. 527



Рис. 528

Еще раз мы получили урок о необходимости детальной выработки плана. Больная на лето уехала домой и, когда вернулась вновь осенью, план восстановления остался тот же. Предварительно необходимо было удлинить стебли таким образом, чтобы они подходили к нижнему краю лоскута, что и было сделано 23 октября под местной анестезией.

Рис. 524 дает представление о результатах этой операции.

25 ноября 1930 г. подготовка лоскута к переносу. Местная анестезия. Разрез по старому рубцу по верхней полуокружности лоскута. Последний приподнят сверху вниз. С материнской почвой лоскут сохраняет связь лишь нижним краем на месте прикрепления филатовских стеблей. Под лоскут уложена свинцовая пластинка, края лоскута снова пришиты к материнским краям конским волосом.

2 декабря 1930 г. под местной анестезией лоскут отделен от материнской почвы по нижнему краю. Наложен глухой шов. Через два дня, 5 декабря, операция образования ротового кольца и перенесение лоскута. Общий эфирно-масляный ректальный наркоз.

При помощи опрокидывающихся лоскутов, выкроенных вокруг ротового отверстия, по рубцу от предыдущей операции, образована выстилка верхней и нижней губ. Большой лоскут, отделенный от материнской почвы и на двух стеблях перенесенный на рану лица, образовал наружное покрытие. В центре лоскута сделано отверстие, через которое в полость рта введена резиновая трубка для питания больной.

На рис. 525 больная после этой операции. Послеоперационное течение гладкое. Лоскут прижил целиком.

2 января 1931 г. расширен вход в нос. Раневая поверхность покрыта тиршевскими трансплантатами на эссеровской вкладке. Гладкое приживление.

25 января 1931 г. ротовое отверстие расширено при помощи горизонтальных разрезов вправо и влево.

Ротовое кольцо начерно закончено. Стебли исполнили свою роль. Развивая наш первоначальный план, мы решили их использовать для образования носа.

5 марта 1931 г. питающие корни стеблей пересечены у соседних отростков справа и слева и пересажены примерно на место расположения крыльев носа.

На рис. 526 результат операции. Получилась фигура, напоминающая краба. Первичное натяжение.

29 марта 1931 г. правый стебель отсечен у лоскута и пересажен на переносье.
Первичное натяжение.

18 апреля 1931 г. то же самое сделано с левым стеблем.

На рис. 527 результат операции.

10 мая 1931 г. под местной анестезией по медиальному краю стеблей проведен разрез. Внутренние и наружные края ран соответственно сшиты. Таким образом образованы и выстилка и наружное покрытие носа.

На рис. 528 результат операции.

22 мая 1931 г. для лучшего оформления кончика носа освежены вертикальная и горизонтальная части стеблей и сшиты под прямым углом. Местная анестезия.

12 июня 1931 г. ротовое кольцо расширено до высоты зрачков. Операция произведена под местной анестезией.

30 июня 1931 г. также под местной анестезией удален избыток жира по нижнему краю нижней губы.

19 июля 1931 г. левое крыло носа переставлено ближе к средней линии симметрично правому.

5 августа 1931 г., освежив края вдоль боковых отделов носа, зашили отверстия между стеблем и щекой.

В основном образование носа и ротового кольца закончено. Больная выписана домой. Вернулась она снова в декабре для косметических поправок.

8 декабря 1931 г. сделано исправление кончика носа, к 24 декабря произведены косметические поправки на переносье и в боковых отделах носа. 21 и 26 декабря удален избыток жира в области подбородочной впадины. Лоскут выживлен «заподлицо» к окружающей коже.

20 апреля 1932 г. образование носовой перегородки. Местная анестезия. По средней линии верхней губы выкроен лоскут основанием к носу, а на внутренней поверхности носа выкроен второй лоскут основанием к кончику носа. Губной лоскут пришит к кончику носа — эпителием в полость носа, носовой же лоскут пришит свободным концом к основанию губы — эпителием наружу. Раневые поверхности лоскутов обращены одна к другой. Края их сшиты конским волосом.

На рис. 521 и 522 окончательный результат. Фотография перед выпиской.

Случай 106

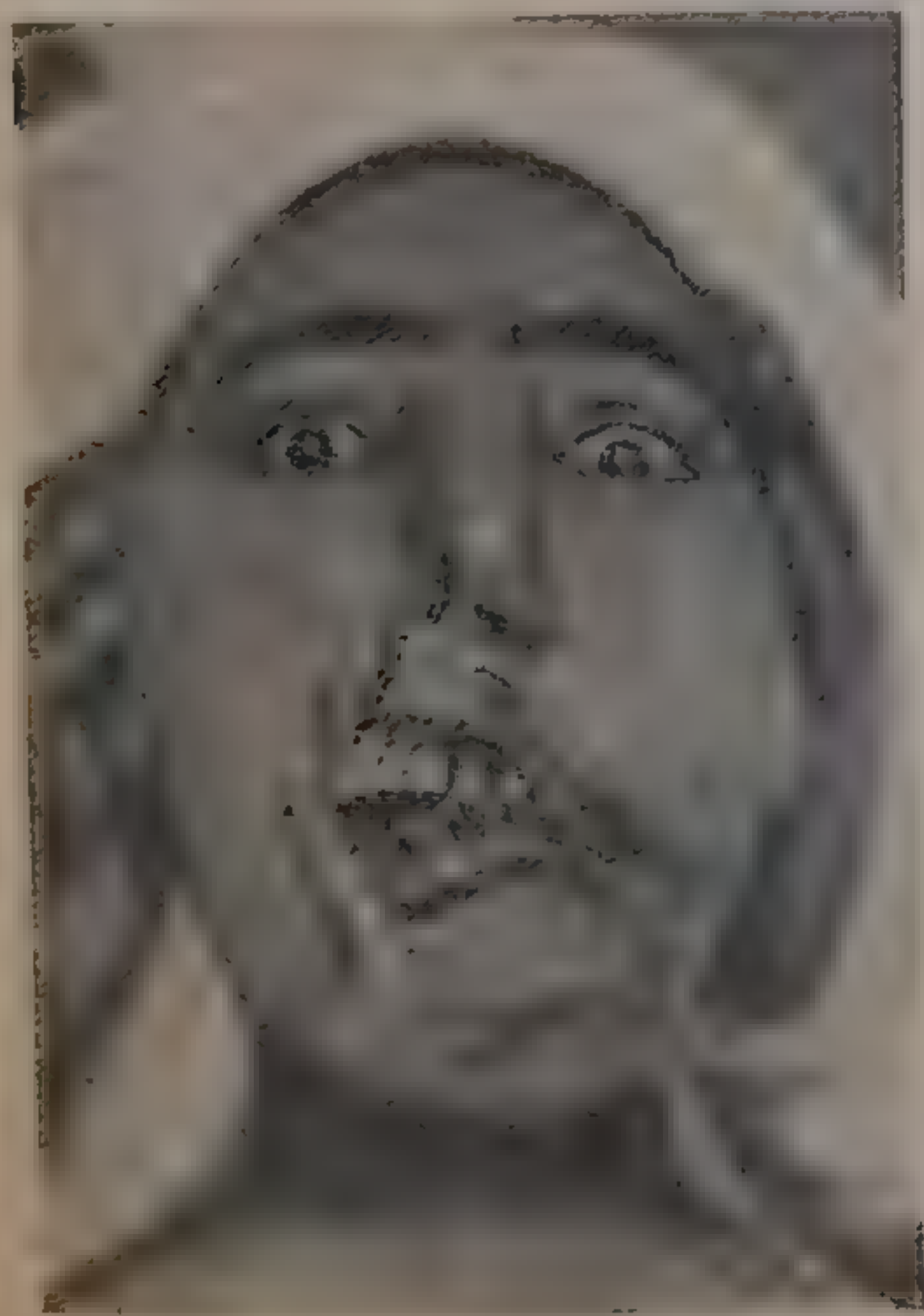


Рис. 529



Рис. 530

Больной Г., тюрок, 20 лет, крестьянин. Перенес в детстве какие-то язвенные заболевания лица.

На рис. 529 вид больного при поступлении в отделение. Разрушены кончик носа, носовая перегородка и правое крыло носа. От верхней губы остается левая треть красной каймы; правая половина верхней губы и подлежащая часть щеки уничтожены. От нижней губы остался островок слизистой по средней линии. Край дефекта и окружающие ткани рубцовые. Левый угол рта разрушен и вместо него рубцовая широкая щель почти до переднего края вертикальной рамы нижней челюсти. Рубец пронизывает кожу подбородка. Зубы деформированы; на нижней челюсти большая их часть отсутствует. Тяжелая пиорея, непрерывное и непроизвольное слюнотечение; невозможность раскрыть достаточно рот и невнятная речь дополняли эту маску. Реакция Вассермана отрицательная.

План восстановления мы разбили на три акта по их анатомическим различиям: 1) верхняя губа; 2) нижняя губа; 3) нос.

Предварительно проведена санация полости рта и удалены кариозные зубы.

16 февраля 1926 г. образование верхней губы под местной анестезией. Два опускающихся назо-лабальных лоскута образованы так, как это показано на рис. 531. Красная кайма *C*, мобилизована и ею оторочена новая губа.

На рис. 531 схема законченной операции. Правый лоскут, рубцовый, плохо подвижен. Для уменьшения натяжения во фронтальной плоскости наложен один пуговичный шов.

18 февраля правый лоскут посинел. 20 февраля установлено рожистое воспаление. Правый назо-лабальный лоскут омертвел. Мобилизованная часть красной каймы отделена от омертвевшего лоскута и возвращена левой половине губы, где она прекрасно прижила. 28 февраля рожистое воспаление закончилось.

Результаты этой операции оказались очень скромными. Улучшилась левая половина верхней губы. На ней сохранилась красная кайма. Слева дефект стал несколько больше. На рис. 532 вид больного к этому времени.

Неудовлетворительный результат операции следовало предвидеть. Глубокие рубцовые изменения правого лоскута и недостаточно продолжительная санация привели — первые к омертвлению, вторая к роже.

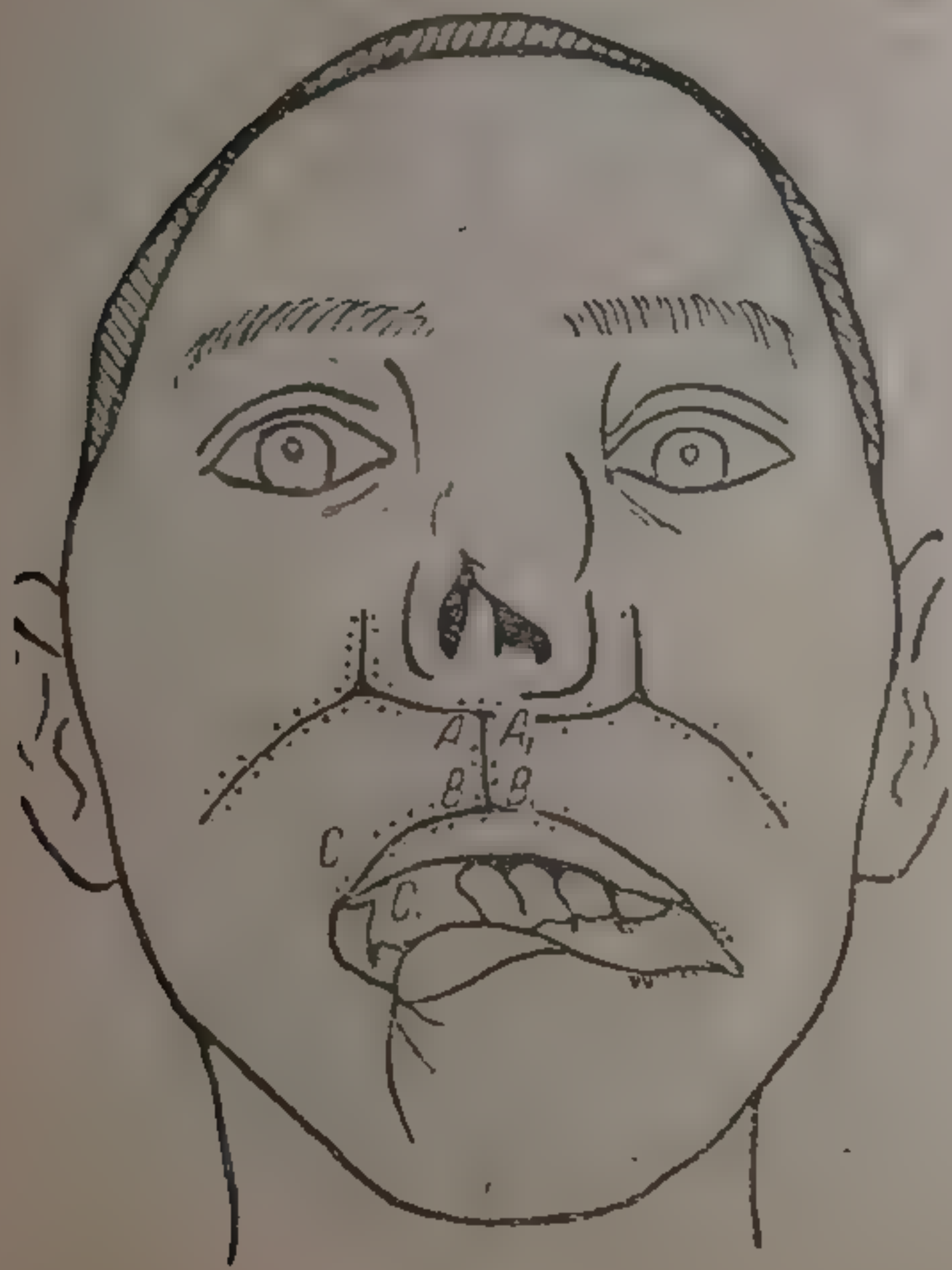


Рис. 531



Рис. 532

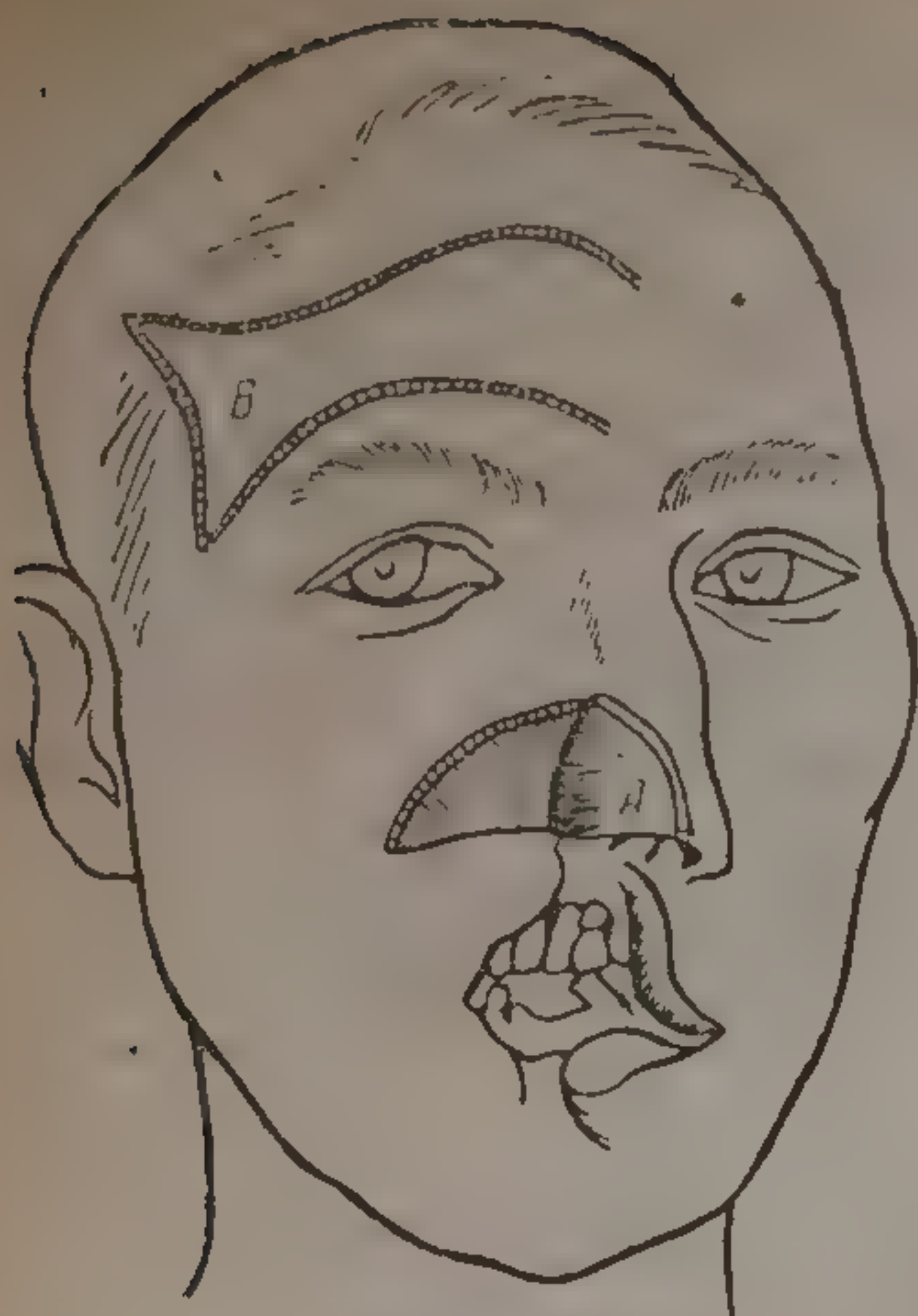


Рис. 533



Рис. 534

Начата вновь энергичная санация полости рта. Ежедневная мыльная ванна и обильное промывание горячей водой полости рта. Восстановление ротового кольца решено временно оставить и перейти к восстановлению крыла носа.

10 мая 1926 г. под местной анестезией операция восстановления крыла носа. Выкроен треугольный лоскут А основанием у наружного края дефекта (рис. 533). Края дефекта освежены. Лоскут А повернут эпителием внутрь и пришит к освеженным краям дефекта. Этим образована выстилка. Затем на лбу выкроен индийский лоскут В, который в виде мостовидного лоскута покрыл всю раневую поверхность в области крыла носа. Таким образом было образовано наружное покрытие. Рана на лбу уменьшена натяжением швов. На рис. 534 вид больного на 8-й день после операции. Лоскут прижился хорошо.

26 мая 1926 г. ножка лоскута отсечена. Остатки лоскута возвращены на лоб, где вживлены «заподлицо». То же сделано и с новым крылом носа.

На лето больной уехал домой и вернулся осенью. Мы снова решаем приступить к восстановлению верхней губы, на этот раз при помощи лексеровского скальпа.

25 сентября 1926 г. общий хлороформно-эфирный наркоз. По краям дефекта верхней губы освежена поверхность для приема скальпа. Справа выкроен скальп в виде пистолетной ручки. Кожа лба пошла на образование выстилки, волосистая часть — на наружное покрытие. Для этого лоскут удвоен по границе волосистой части. Рана головы уменьшена натяжением матрасных швов. Ножка скальпа превращена в трубку.

Скальп в своей периферической части омертвел.

4 октября 1926 г. омертвевшая часть скальпа по границе некроза удалена. Скальп возвращен на место на голову и вживлен «заподлицо».

Больной тяжело пережил эту новую неудачу и готов был прекратить дальнейшее лечение. Мы потратили много труда, чтобы внушить больному надежду на успех.

К 15 ноября рана на голове зажила. Дефект в области верхней губы остался таким же, как и до этой операции.

Чтобы дать возможность тканям прийти в порядок и чтобы не терять времени, решено перейти к исправлению области правой половины нижней губы, где глубокий поперечный рубец тянется от беззубого альвеолярного отростка вниз через весь подбородок, служа руслом для стекания слюны. Меднальное рубца

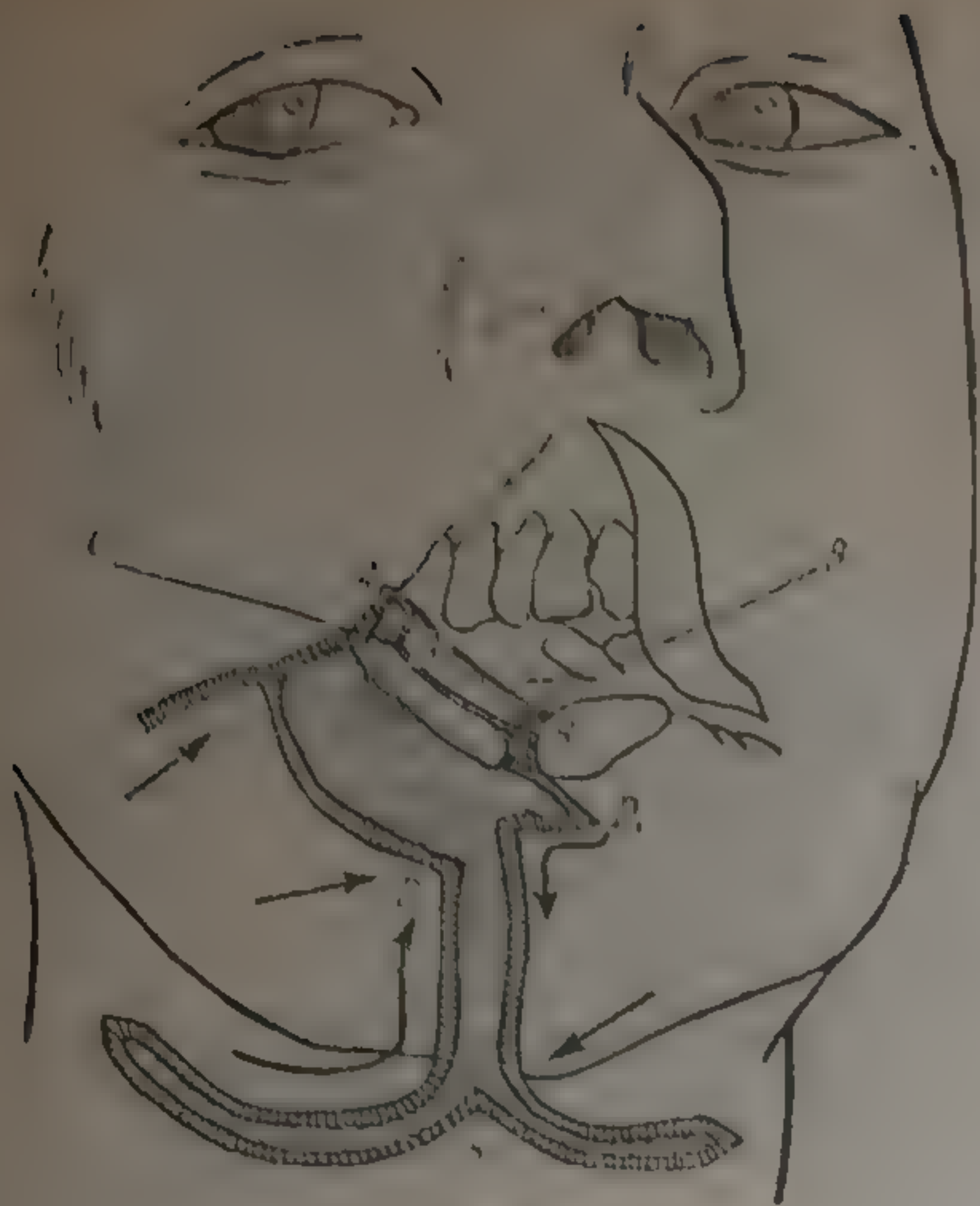


Рис. 535

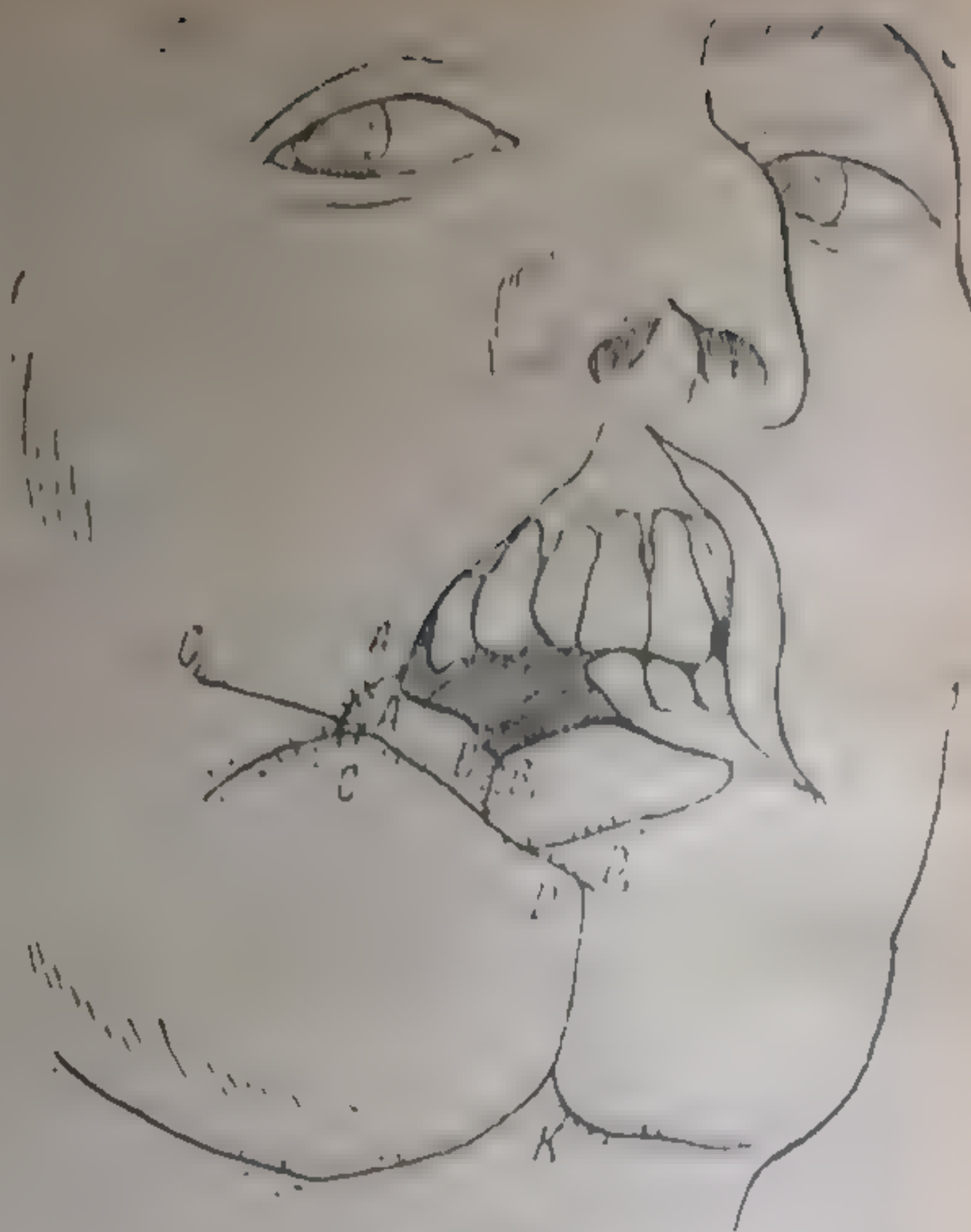


Рис. 536

располагается остаточек нижней губы, покрытый слизистой. Задача заключалась в том, чтобы, иссечки рубец, использовать окружающие ткани и остаток губы для образования новой губы. Это и было сделано, как показано по схеме (рис. 535). Поперечный рубец иссечен, остаток нижней губы B_1 мобилизован; затем выкроен опрокидывающийся лоскут A_1B основанием к альвеолярному отростку. Лоскут A_1B , повернутый эпителием внутрь, образовал выстилку и снова вывернут наружу для образования выпуклой поверхности свободного края губы. Лоскут CD отделен от подлежащих тканей, передвинут кверху так, как это показано на схемах (рис. 536).

То же сделано и с лоскутом D_1 . На рис. 536 схема законченной операции.

Наступило значительное улучшение, однако губа не может считаться вполне удовлетворительной. По прошествии достаточного срока мы решили снова вернуться к восстановлению верхней губы. На этот раз мы составили себе следующий план.

Справа по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus* образуем филатовский стебель. На нижнем конце стебля образуем удвоенный лоскут кожи: одна сторона — выстилка, другая — покрытие. Вживив лоскут в дефект верхней губы, окаймляем его нижний, оживленный край красной каймой с левой половины губы. Стебель после приживления лоскута используем для направления правого угла рта и поднятия уровня нижней губы.

Осуществляя задуманное, 8 февраля 1927 г. мы образовали справа на шее филатовский стебель питающим концом у сосцевидного отростка, лоскутным — ниже грудино-ключичного сочленения. У нижнего конца стебля выкроен лоскут, удвоенный при помощи швов.

31 марта 1927 г. удвоенный лоскут L (местная анестезия) отделен от материнской почвы и на филатовском стебле перенесен в подготовленное для него ложе на место дефекта верхней губы. По линии удвоения на лоскуте освежена поверхность и к ней пришта мобилизованная красная кайма K .

На рис. 537 схема операции.

Лоскут L омертвел по границе с филатовским стеблем и мумифицируется.

Снова неудача. Следовало еще осторожнее подготовить лоскут L к переносу. Филатовский стебель отсечен по границе некроза и вживлен в щеку вблизи

угла рта. Омертвевший лоскут удален. Красная кайма, оставшаяся неповрежденной, снова возвращена в свое исходное положение.

На рис. 538 результат операции. Дефект в области верхней губы без изменений. Стебель вживлен в щеку, чтобы позже использовать его для той же цели.

27 апреля 1927 г. больной уехал домой.

В начале января 1928 г. он возвращается к нам, и мы снова приступаем к восстановлению верхней губы.

12 января 1928 г. стебель отсечен у сосцевидного отростка и вживлен к освеженной поверхности в области дефекта (местная анестезия). На этот раз наконец приживление произошло полностью (рис. 539).

Соблюдая осторожность, только через месяц мы приступили к следующему акту.

12 февраля 1928 г. филатовский стебель отсечен на месте прикрепления к щеке CC_1 . Стебель AB распластан. Вокруг правого угла рта и правой половины нижней губы образована воспринимающая поверхность; для этого выкроен опрокидывающийся лоскут и мобилизован остаток красной каймы AB_1 (рис. 540). Стебель вживлен в образованную раневую поверхность.

На рис. 541 и 542 схема и непосредственный результат операции.

25 марта 1928 г. операция восстановления левого угла рта. На рис. 543 представлен этот угол. Мобилизована слизистая и сшита кетгутом. То же сделано и с кожей. Образован угол мобилизацией красной каймы с верхней губы. Рана зашита наглухо. Наложены две пары пуговичных швов, чтобы предупредить расхождение швов.

Первичное заживление.

На рис. 544 результат этой операции.

12 и 28 апреля 1928 г. сделаны косметические поправки на лбу, на месте индийского лоскута и в области правого крыла носа.

10 мая 1928 г. удален избыток жира и произведены косметические поправки на верхней и нижней губах.

2 февраля 1929 г. операция образования красной каймы. Местная анестезия. Правая половина верхней губы освежена и расщеплена вдоль. Остаток красной

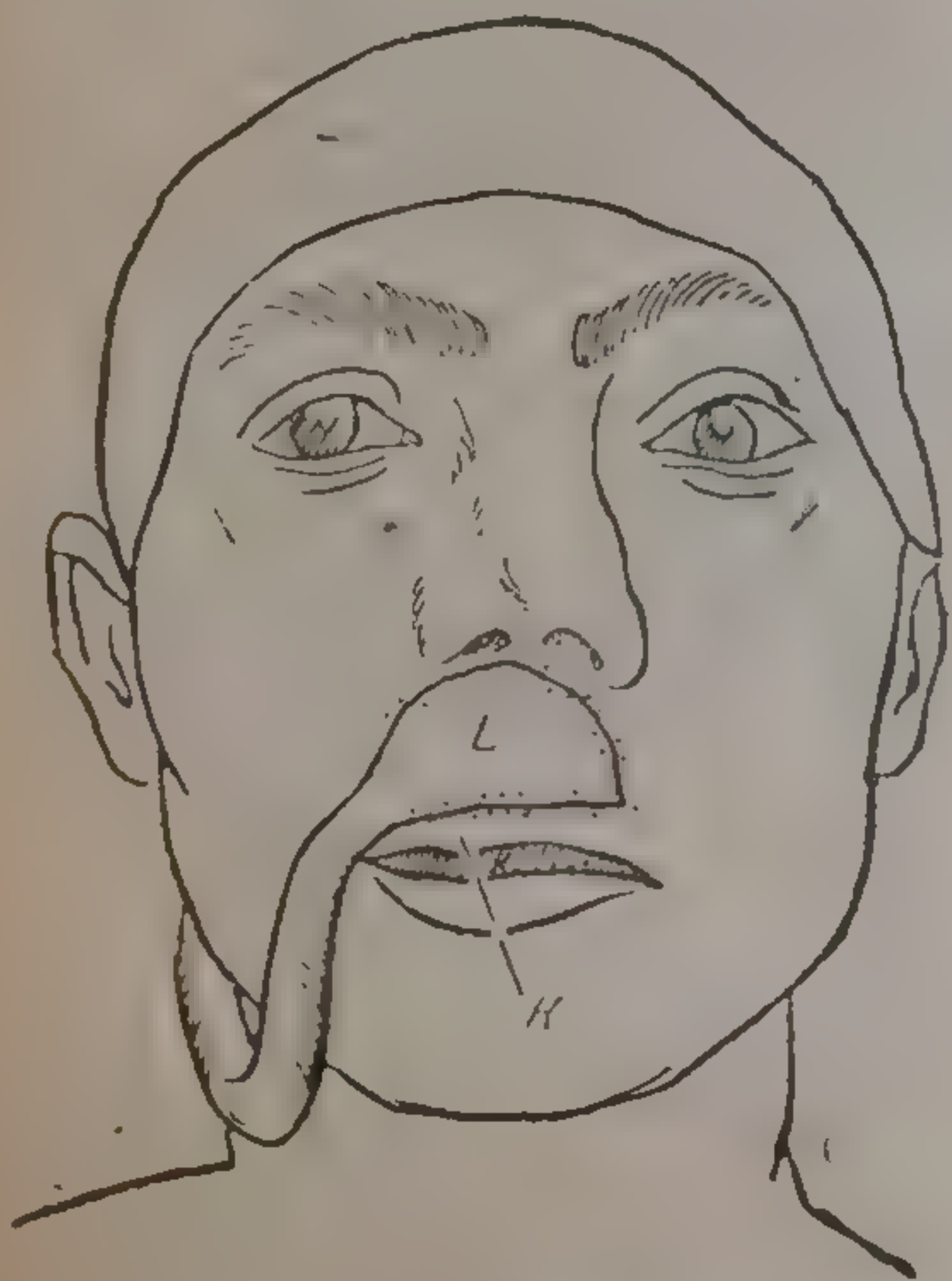


Рис. 537



Рис. 538

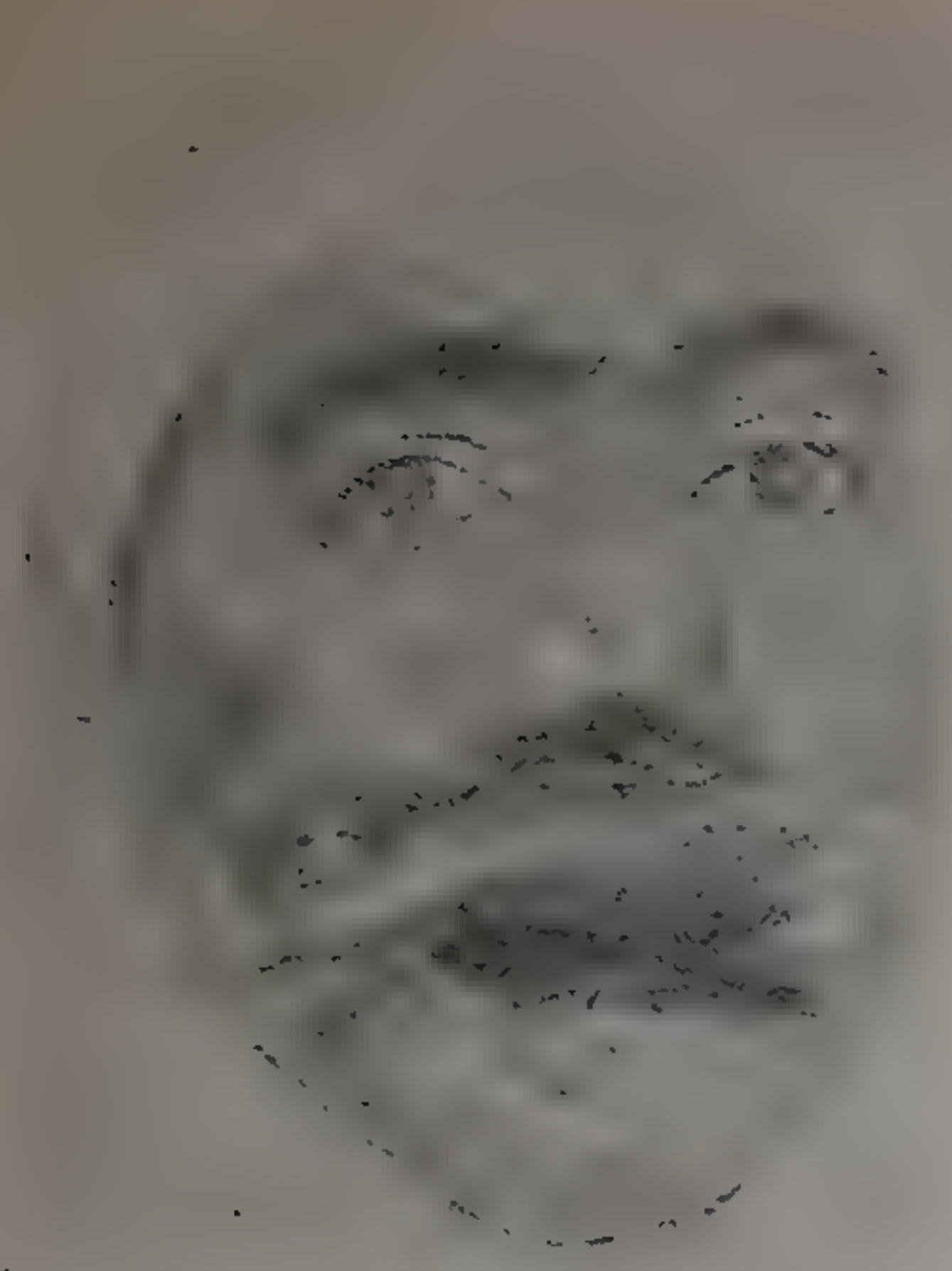


Рис. 539

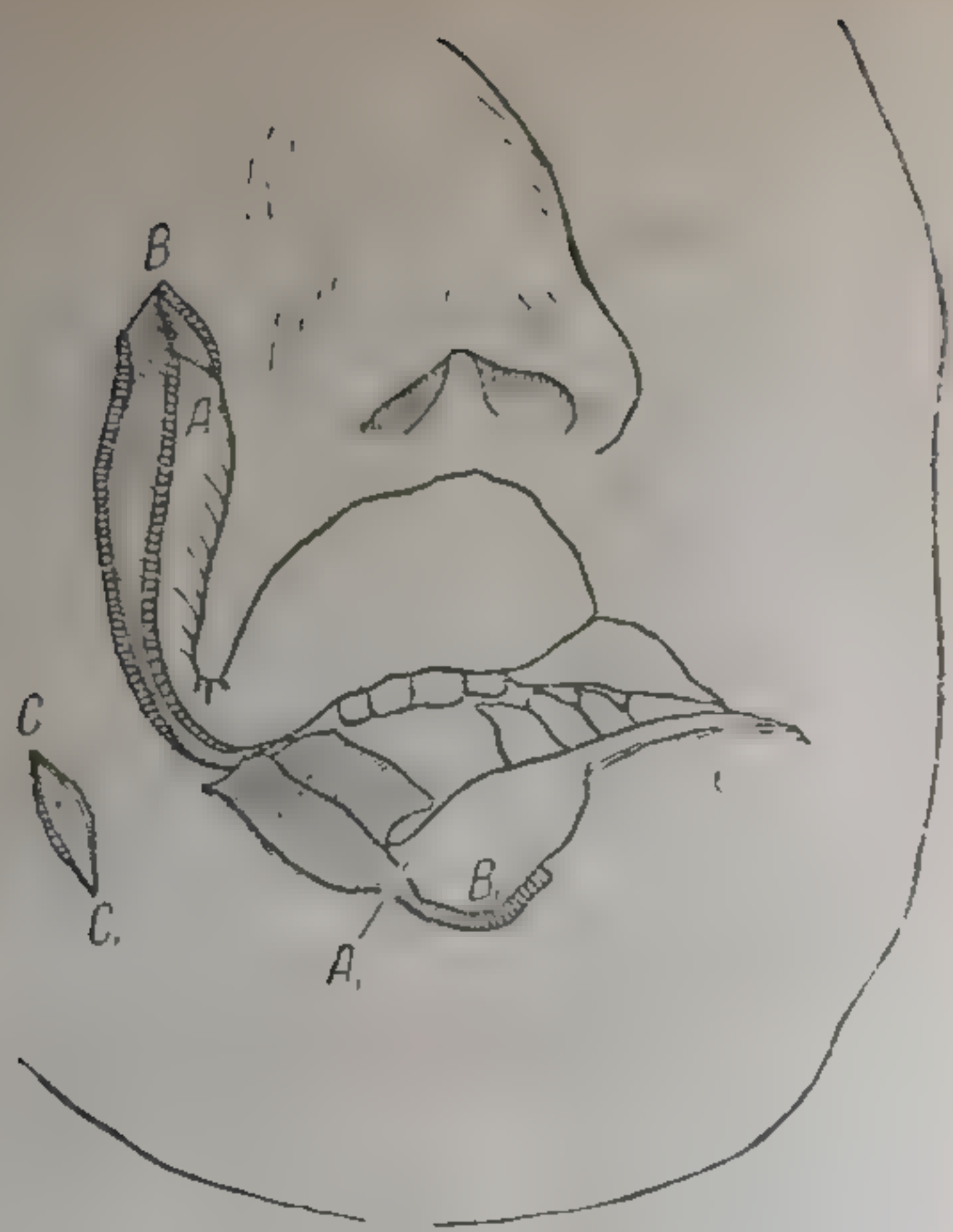


Рис. 540

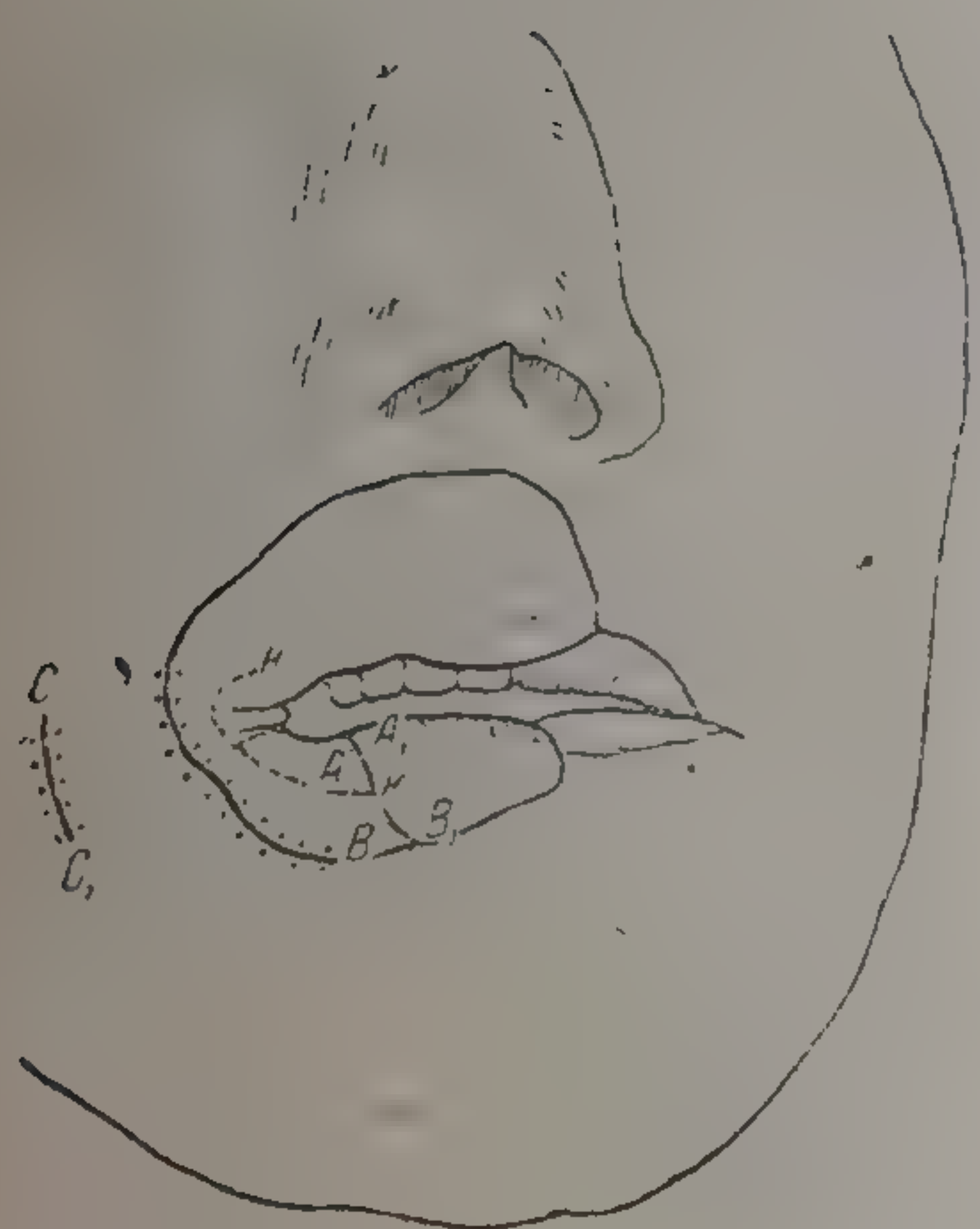


Рис. 541



Рис. 542

каймы в левой половине мобилизован и подтянут до правого угла. Таким образом верхняя губа получила слизистую оторочку на всем протяжении.

20 февраля, 15 марта, 27 апреля и 21 мая 1929 г. сделаны различные поправки, особенно углов рта.

На рис. 530 больной перед выпиской.

Мы считали целесообразным снабдить верхнюю губу растительностью при помощи скальпа, но больной отклонил это предложение, вполне удовлетворенный результатом операции.



Рис. 543



Рис. 544

Случай 107

Больной А. Х., 21 года, подрывник. 12 июля 1934 г. во время производства работ на каменных карьерах в непосредственной близости от пациента по неосторожности произошел взрыв аммонала. Больной получил тяжелый ожог лица и груди, перелом правого предплечья, потерял оба глаза; нижняя губа и щека оказались разрушенными. Мелкие осколки породы глубоко проникли под кожу лица.

Рана продолжительно заживала, и долго выгнаивались мелкие известняковые осколки.

На рис. 545 вид больного при поступлении в отделение. Относительно поверхностный рубец, местами келоидный, покрывает все лицо. Правый глаз отсутствует, разрушены почти целиком веки; от верхнего века остался небольшой участок у внутреннего угла; конъюнктура вывернута наружу рубцом и тянется вниз к собачьей ямке, где располагается центр рубца, спаянный непосредственно с костью. От левого глаза остался рубцовый комок на дне сморщенного конъюнктивального мешка. Веки левого глаза сохранились.

Правый угол рта разрушен. От нижней губы осталась левая треть. Кожка подбородка припаяна непосредственно к остаткам слизистой у корня зубов. Слизистая правой половины верхней губы и подлежащей части щеки выворочена рубцом наружу и тянется к правой собачьей ямке к центру рубца.

Раскрывание рта не нарушено. Непроизвольно стекает слюна. Речь мало разборчива.

Больной готовится к операции. Ежедневная мыльная ванна. Пересыхающие губы и язык смазываются глицерином, а затем на несколько часов покрываются жирной повязкой (Ol. Jecoris Aselli, Vaselinum albi aa 100,0). Полость рта 2—3 раза в день подвергается обильным припаркам теплой водой.

Благодаря этому отошли корки, покрывавшие губы и остатки слизистой. При внимательном изучении повреждения удалось обнаружить, что на верхней губе сохранилась бороздка, соответствующая уголку рта, располагающаяся на высоте середины правой ноздри. Стало ясно, что слизистая снаружи от этого пункта принадлежит частью остаткам щеки, частью нижней губе. Это обстоятельство облегчило составление плана восстановления.

Реакция Вассермана отрицательная.

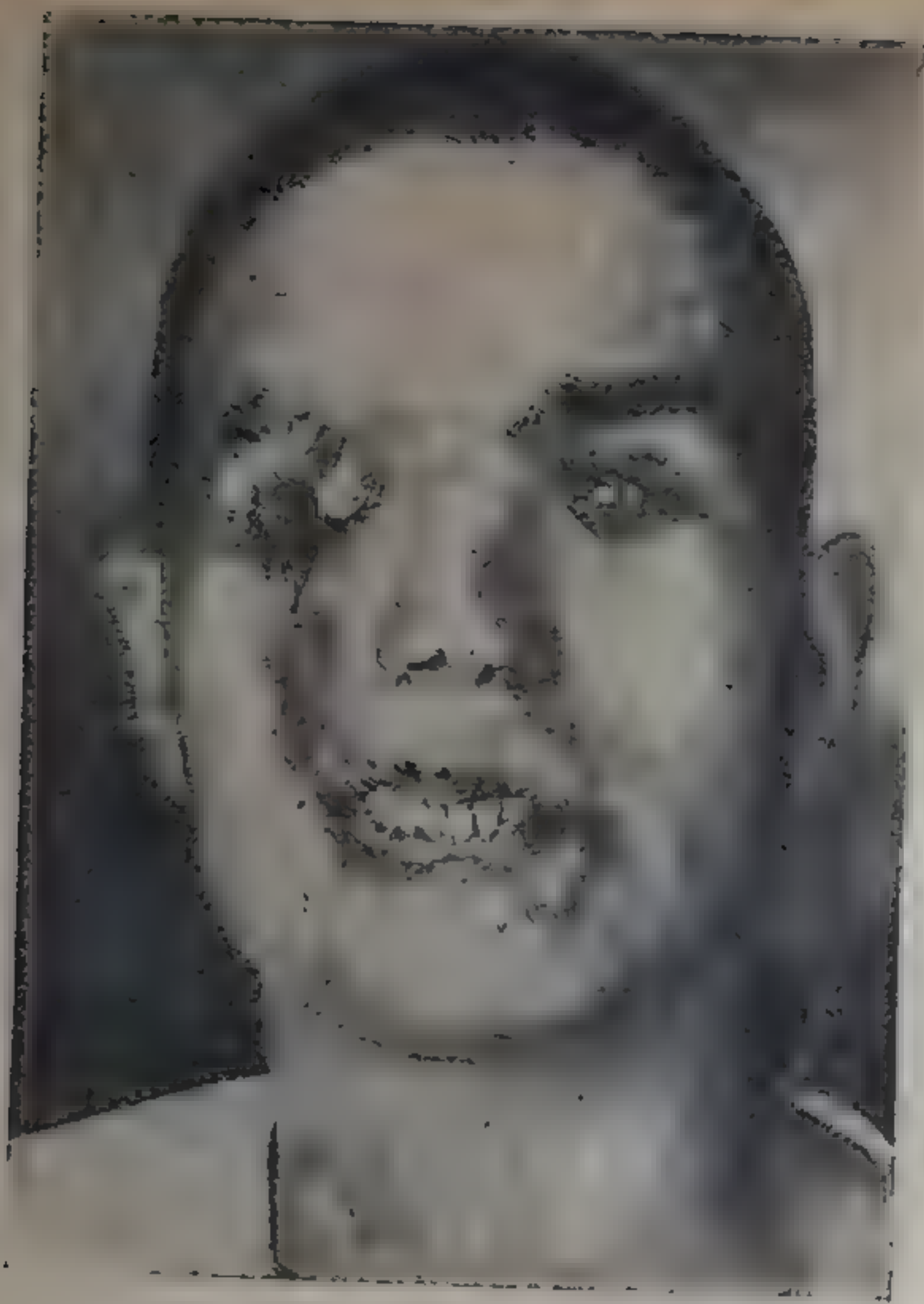


Рис. 545



Рис. 546



Рис. 547

План реконструкции разбит на две части: 1) восстановить веки и конъюнктивный мешок справа, мобилизовав для этого остатки слизистой; для наружного покрытия нижнего века выкроить лоскут по Фрике (Fricke); 2) восстановить угол рта, подлежащую часть щеки и нижнюю губу следующим образом: сохранившийся уголок рта служит центром, вокруг которого строится операция; выстилка для щеки и нижней губы образуется за счет привлечения окружаю-

щего рубца вокруг мобилизуемой слизистой; наружное покрытие составит лоскут из скальпа.

2 марта 1935 г. операция. Местная анестезия. Восстановление верхнего и нижнего века. Остаток слизистой нижнего века очерчен разрезом и отслоен вверх. Затем выкроен кожный восходящий лоскут основанием вблизи наружного угла глаза. Лоскут этот покрыл раневую сторону слизистой и образовал наружное покрытие для нижнего века. Остаток верхнего века мобилизован сквозными разрезами у корня и подшит в области наружного угла глаза. Дефект на месте мобилизованного остатка слизистой нижнего века стянут узловатыми швами после предварительной мобилизации рубцовых краев. Заживление первичным натяжением. Больной готовится к следующему акту. Ежедневная мыльная ванна и энергичная санация полости рта.

26 марта 1935 г. операция восстановления щеки и ротового кольца. Эфирно-масляный ректальный наркоз. Первую часть операции составило образование выстилки.

Отступая наружу на 10—12 мм от границы вывернутой слизистой, мы мобилизовали последнюю, начиная от упомянутого пункта «угла рта».

Далее разрез идет по щеке и доходит до нижней челюсти. Все очерченное этим разрезом повернуто внутрь и обращено в опрокидывающиеся лоскуты. Верхняя половина этого лоскута, сшитая с нижней, образовала выстилку области угла рта. На месте дефекта нижней губы выкроен опрокидывающийся лоскут основанием к корню зубов. Поперечник лоскута примерно около 15 мм. Лоскут жесткий, мало эластичен и содержит много рубцовой ткани. Для того чтобы облегчить его поворот в область рта, пришлось убрать со стороны раневой поверхности рубец. Это подвергало опасности судьбу лоскута.

Лоскут этот, повернутый внутрь, образовал выстилку тела нижней губы и хорошую губную канавку. Сквозным разрезом затем мобилизован остаток нижней губы в виде треугольного лоскута, вершина которого—правый край красной каймы, а основание—вблизи левого угла рта, шириной 8—10 мм. Мобилизованную часть губы удалось дотянуть до правого угла, где она пришита к сохранившемуся уголку рта.



Рис. 518

Слизистая нижней губы соединена кетгутом с опрокидывающимися лоскутами. Образование выстилки закончено. Осталось покрыть большую раневую поверхность кожей. Для этого выкроен большой скальп основанием у правого уха. Рана на голове уменьшена натяжением матрасных швов и покрыта сухой асептической повязкой. Операционное поле на лице оставлено открытым. Операция затянулась. Больной потерял много крови и это потребовало подкожного введения раствора глюкозы, а в первые дни после операции — капельной клизмы из физиологического раствора. Гладкое послеоперационное течение. Лоскуты прекрасно прижили первичным натяжением. На рис. 548 вид больного на 10-й день при смене первой повязки после удаления матрасных швов.

9 апреля 1935 г. под местной анестезией лоскут скальпа отсечен на месте перехода в лоскут, распластана и возвращена на место, где пришита к приподнятым для этого краям. Задний край лоскута срезан в виде клина и вживлен в кожу щеки. Ране, остающейся в волосистой части лба, дана возможность самостоятельного заживления.

На рис. 546 и 547 результат операции через три недели. Лоскут еще отечен. Прекратилось самопроизвольное слюнотечение. Восстановилась полностью фонация. Полное раскрытие рта, несмотря на то что для выстилки в мобилизованные края слизистой включена рубцовая ткань.

Случай 108

Больной Х. З., 26 лет, талиш-скотовод, из пограничной с Персией полосы. Полтора месяца назад перенес сибирскую язву. Лечил его местный знахарь: распотрошив котенка, он прибинтовал его на пять дней к пораженной щеке. Трудно сказать, от чего больше пострадал пациент — от лечения или от сибирской язвы.

На рис. 549 вид больного при поступлении в отделение. Разрушена совершенно правая щека и правый угол рта. Разрушены мягкие ткани в области *tossae caninae*, верхнего и нижнего века и правой височной области. В области правой скулы гранулирующая поверхность. Правое верхнее веко рубцово ис-

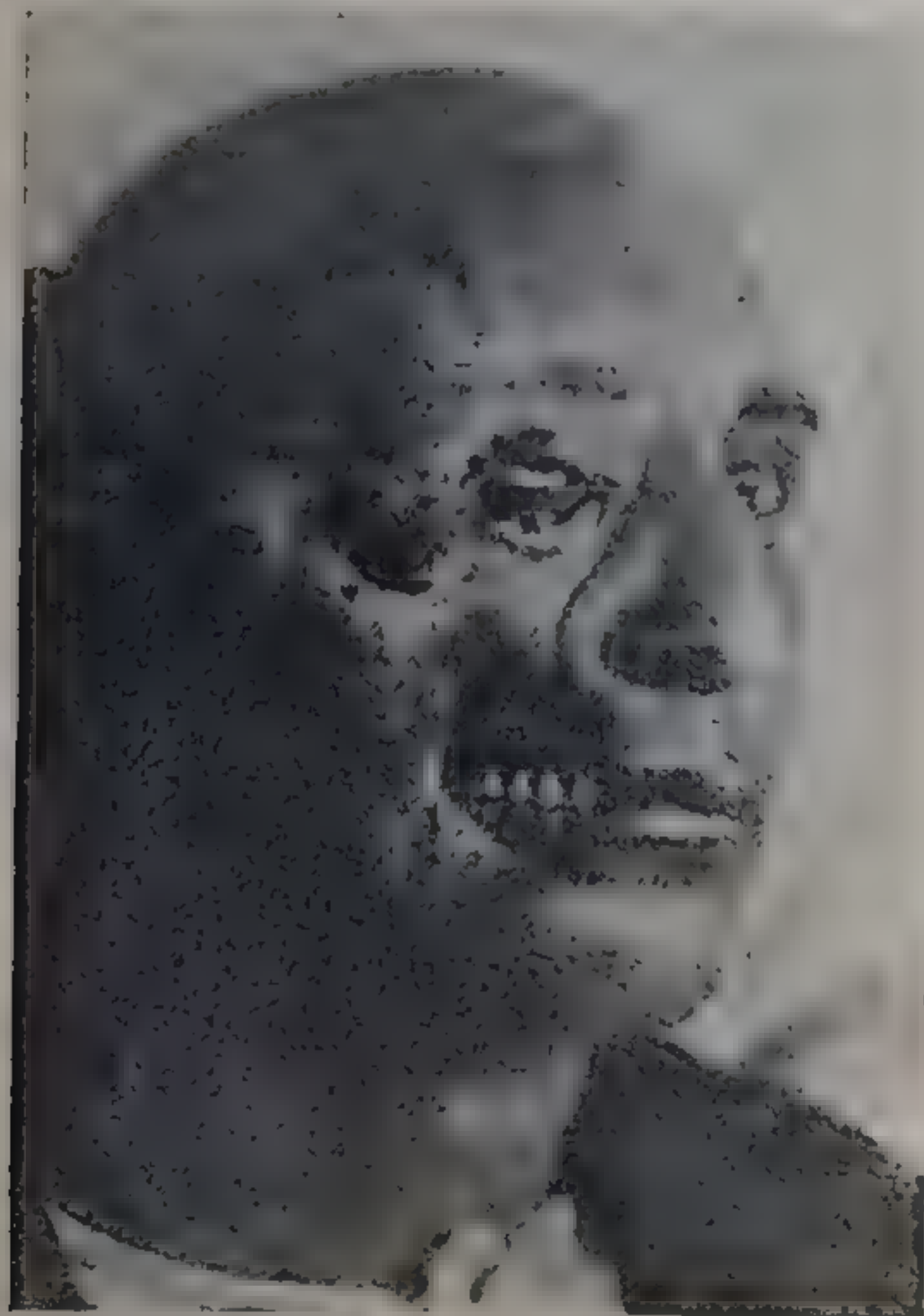


Рис. 549

менено, стянуто вниз и закрывает роговицу. Кожа нижнего века уничтожена. Край сохранился. Слизистая вывернута наружу. Край нижнего века припаян к рубцу по краю глазницы. Рубец всюду слаян с костью, неподвижен. По краю дефекта щеки плотный рубец—больше со стороны слизистой, с внутренней поверхности m. masseter; раскрывание рта поэтому невозможно. Пройти кончиком мизинца между щекой и зубами не удастся—мешает рубец. Речь невнятная.

Ежедневными мыльными ваннами больной подготовлен к операции.

Сложность повреждения побудила нас разделить восстановление на несколько этапов: первый акт—восстановление нижнего века и приглазничной области; второй акт—уничтожение рубца на внутренней поверхности щеки и восстановление подвижности нижней челюсти; третий акт—восстановление щеки.

Первый акт был выполнен следующим образом.

19 ноября 1925 г. операция. Местная анестезия. Край нижнего века, припаянный рубцом к краю глазницы, очерчен разрезом и отпрепарован кверху до гиперкоррекции. Избыток конъюнктивы убран. Иссечен рубец в области собачьей ямки, скулы и правого виска так, как это показано на рис. 552. Затем выкроен большой несходящий лобный лоскут А, содержащий в толще основания a. temporalis. Основание лоскута вблизи ушной раковины. Свободный край по средней линии лба.

При отделении лоскута от подлежащих тканей вместе с ним отслесена fascia temporalis, назначение которой—прикрыть с внутренней стороны лоскута питающий сосуд. Мощный лоскут покрыл приготовленную большую раневую поверхность и подставил нижнее веко.

Рана на лбу стянута почти до полной адаптации краев матрасными швами. Верхнее веко, освобожденное от тяги рубцами, приняло более нормальное положение. Лоскут прижик целиком. Область собачьей ямки и наружное покрытие верхнего века восстановлены полностью и в хорошей форме. Лоскут прикрыл и гранулирующую поверхность на виске. Успех операции полный.

На рис. 553 результат операции.

Как мы уже сказали, плотный рубец окаймляет по краю дефект щеки. Со стороны слизистой этот рубец в виде плотного широкого тяжа делает совершенно неподвижной нижнюю челюсть. Второй акт операции заключался в уничтоже-



Рис. 550

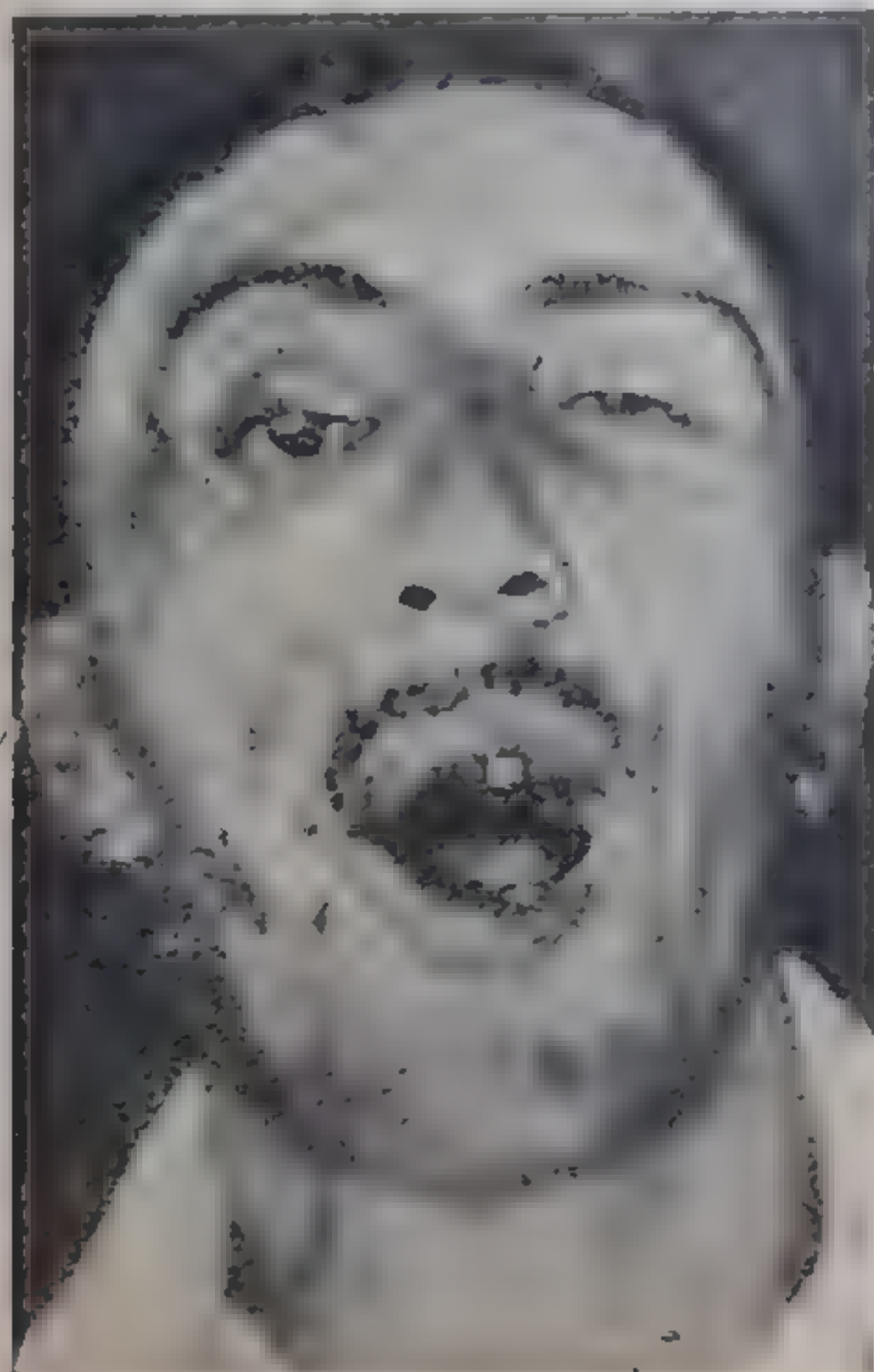


Рис. 551

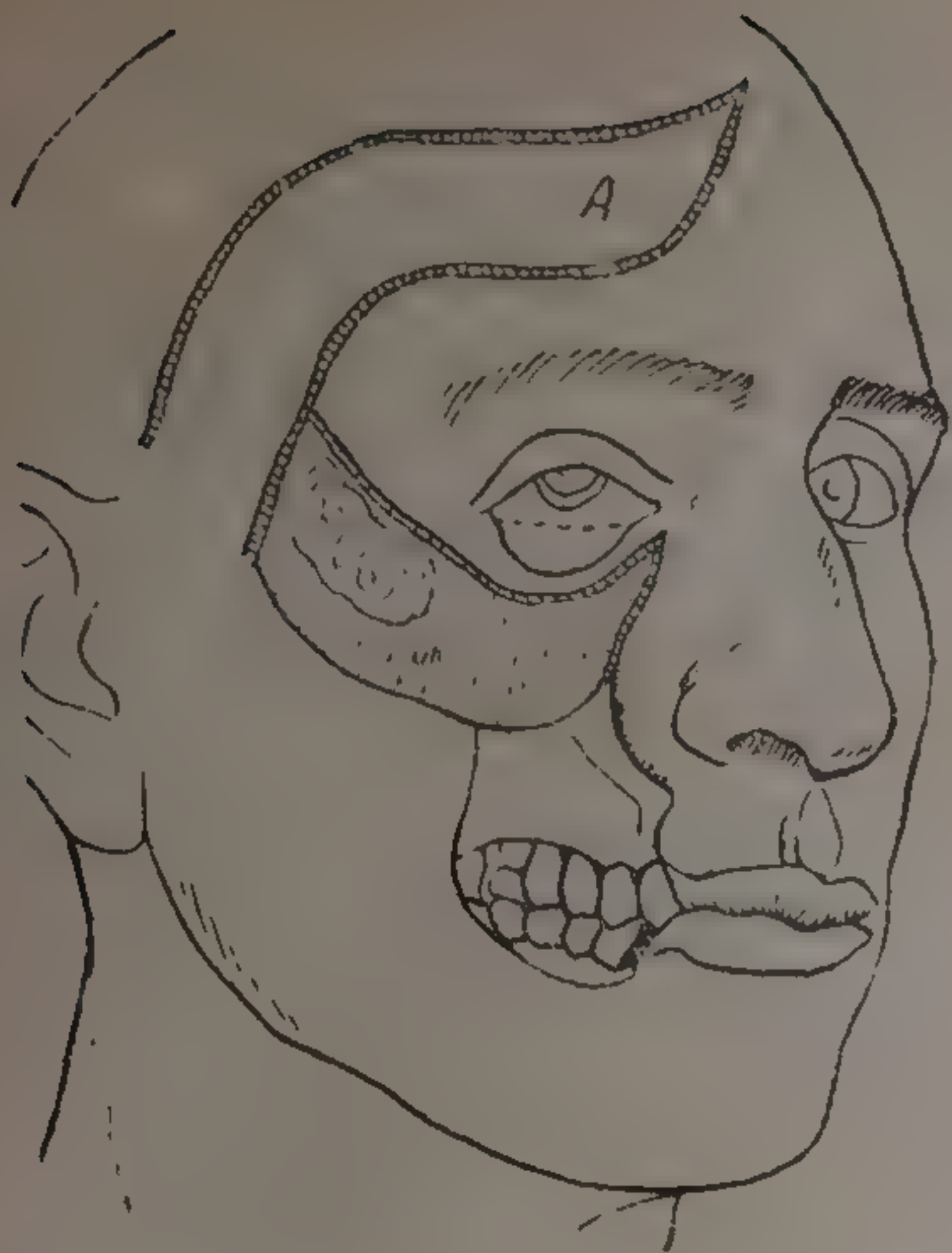


Рис. 552



Рис. 553

нии этого рубца и в создании нормальной слизистой. Для этого мы воспользовались способом Н. В. Алмазовой¹.

8 декабря 1925 г. операция. Местная анестезия. Шаг за шагом, проникая вглубь, нам удалось иссечь рубец по краю и со стороны слизистой щеки. Нижняя челюсть получила полную подвижность. Затем на боковой поверхности шеи, справа выкроен большой опрокидывающийся лоскут основанием у угла нижней челюсти, свободным краем — в подключичной ямке. Лоскут взят вместе с т. *platysma myoides*. На уровне переднего края вертикальной ветви нижней челюсти в щеке сделано сквозное отверстие длиной около 3—4 см, а через него проведен в полость рта шейный лоскут эпителиальной поверхностью к зубам.

Во время операции мы несколько изменили наш первоначальный план и решили в этот раз не только создать слизистую, но, увеличив размеры лоскута, удвоить его и создать одновременно наружное покрытие.

Периферическая треть лоскута повернута эпителием наружу. Таким образом эта часть лоскута оказалась удвоенной, что должно было служить образованию щеки. Понятно, что края дефекта щеки повсюду освежены для приема лоскута. Верхняя и нижняя губы мобилизованы разрезами и подшиты в виде чернового угла рта к удвоенному краю шейного лоскута. Для этого на нем приготовлен раневой участок. Рана на месте шейного лоскута стянута почти на всем протяжении сильными пуговичными и матрасными швами. Таким образом нам как будто удалось восстановить щеку сразу во всех слоях из одного лоскута.

Ближайшие дни показали, что не следовало спешить делать все это за раз. Наружная часть лоскута, его дистальная треть, омертвела. Уцелело только то, что предназначалось для образования слизистой. Только после отторжения омертвевшей части и полного заживления послеоперационной раны пересечена ножка лоскута. Остаток ее распластан и возвращен на шею. Сквозную рану щеки зашили послойно. В полости рта на щеке прекрасный эластичный лоскут кожи. Контрактура челюсти устранена целиком. Задняя полуокружность дефекта кожи оторочена пересаженной кожей.

¹ Н. В. Алмазова, Мелопластика при лечении рубцовых сращений нижней челюсти, Саратов, 1925.

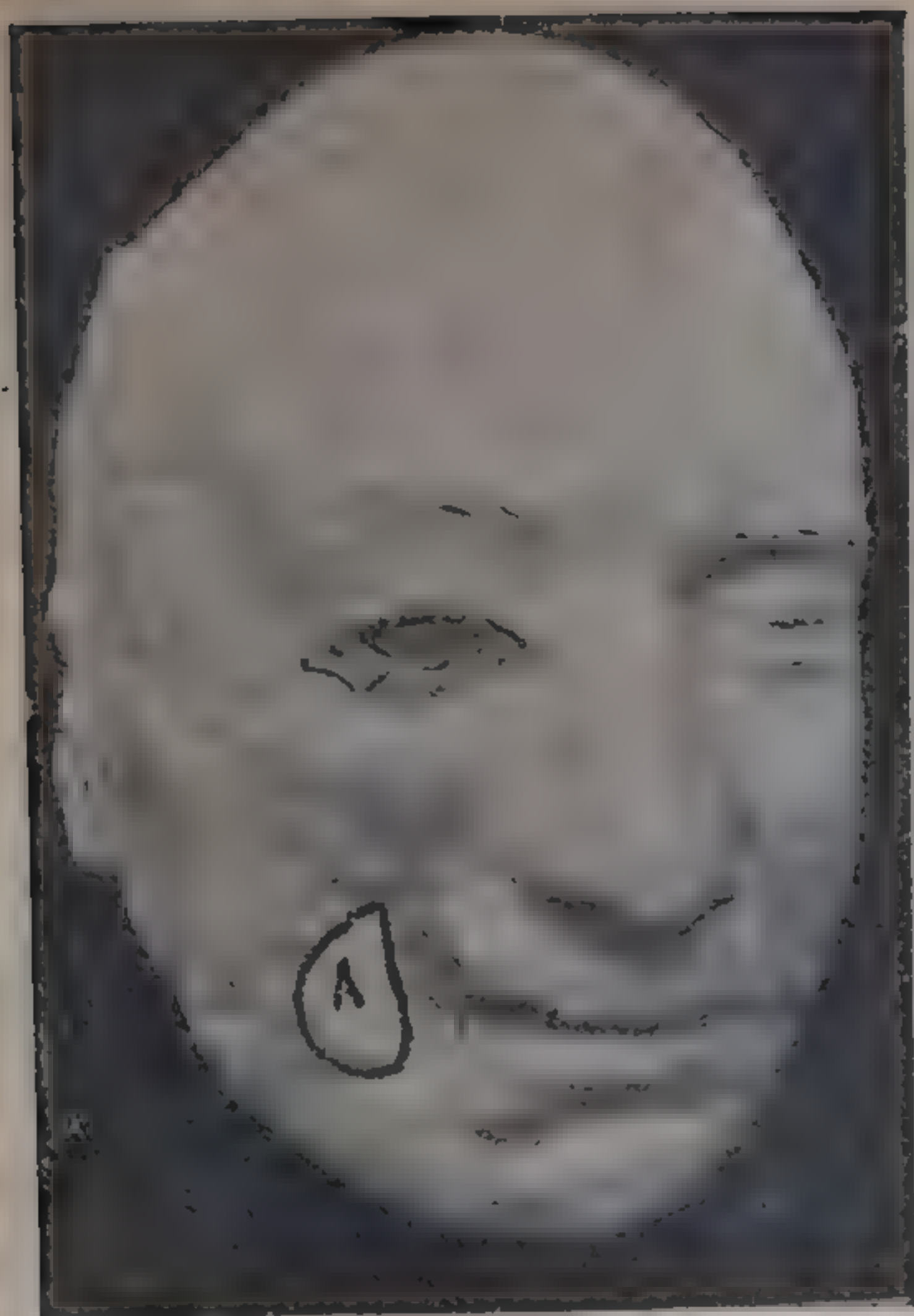


Рис. 554

На рис. 554 на маске край лоскута обведен тушью.

Мы получили еще раз подтверждение старому правилу пластической хирургии: «не слишком много в один раз».

Так как больной перенес две больших операции, то решено сделать некоторый перерыв, а пока заняться мелкими поправками. 7 февраля 1926 г. тиршевским трансплантатом при помощи стенса (Esser) оформлено верхнее веко.

2 марта 1926 г. вольфовский трансплантат коррегирует нижнее веко. Косметические поправки сделаны у основания лобного лоскута.

Начата подготовка к заключительному акту операции—восстановлению щеки. Ежедневная мыльная ванна, санация полости рта.

Предстояло восстановить щеку во всех ее слоях: 1) выстилку—слизистую и 2) наружное покрытие—кожу. Кожа из косметических соображений должна по характеру материала соответствовать коже мужской щеки, т. е. должна быть покрыта растительностью, а самое главное—новая щека должна быть достаточно эластичной, чтобы не препятствовать раскрытию рта.

Принимая во внимание все эти условия, план операции был составлен следующим образом. Слизистая образуется: задняя половина за счет мобилизации лоскута Алмазовой, передняя половина за счет лоскута наружного покрытия. Для последнего выкраивают лексеровский скальп так, что свободный конец его в виде пистолетной ручки располагается на лбу, на границе с волосистой частью. Часть кожи лба *B*, лишенная растительности, пойдет на выстилку передней половины, волосистая часть скальпа—на наружное покрытие (рис. 555).

10 марта 1926 г. операция. Общий ректальный эфирно-масляный наркоз.

Края дефекта щеки по всей окружности освежены таким образом, что повсюду образованы две губы: одна—внутренняя, для приема выстилки, другая—наружная, для покрытия. Лоскут *A* мобилизован и отвернут эпителиальной поверхностью внутрь. Края всюду подшиты к освеженной поверхности дефекта. Двумя добавочными разрезами по рубцу от предыдущей операции верхняя и нижняя губы мобилизованы. Затем выкроен скальп по общим правилам для этого лоскута. На рис. 555 дан контур скальпа: участок скальпа *B*—это кожа, лишенная растительности. По границе перехода этой части в волосистую—лоскут удвоен.

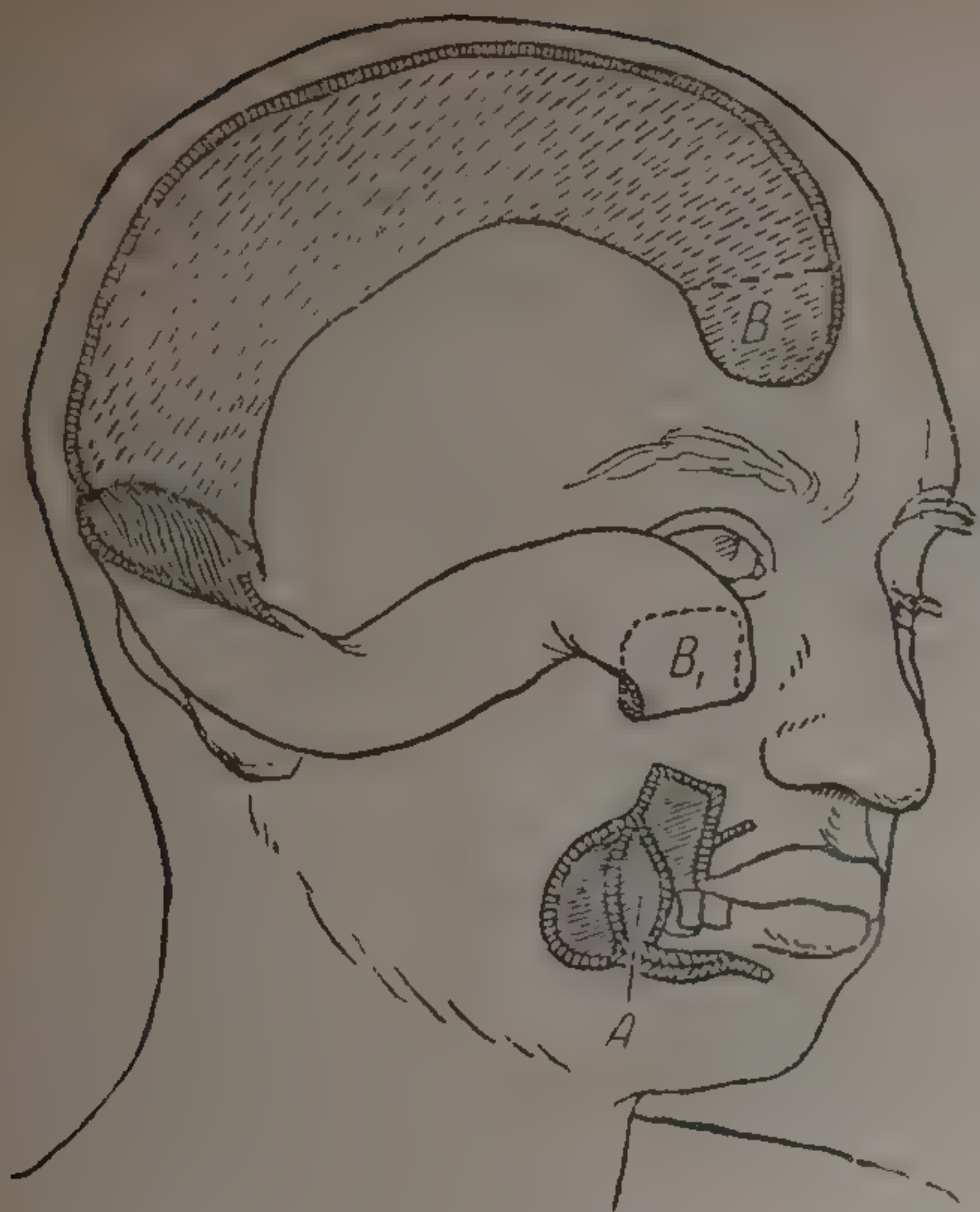


Рис. 555

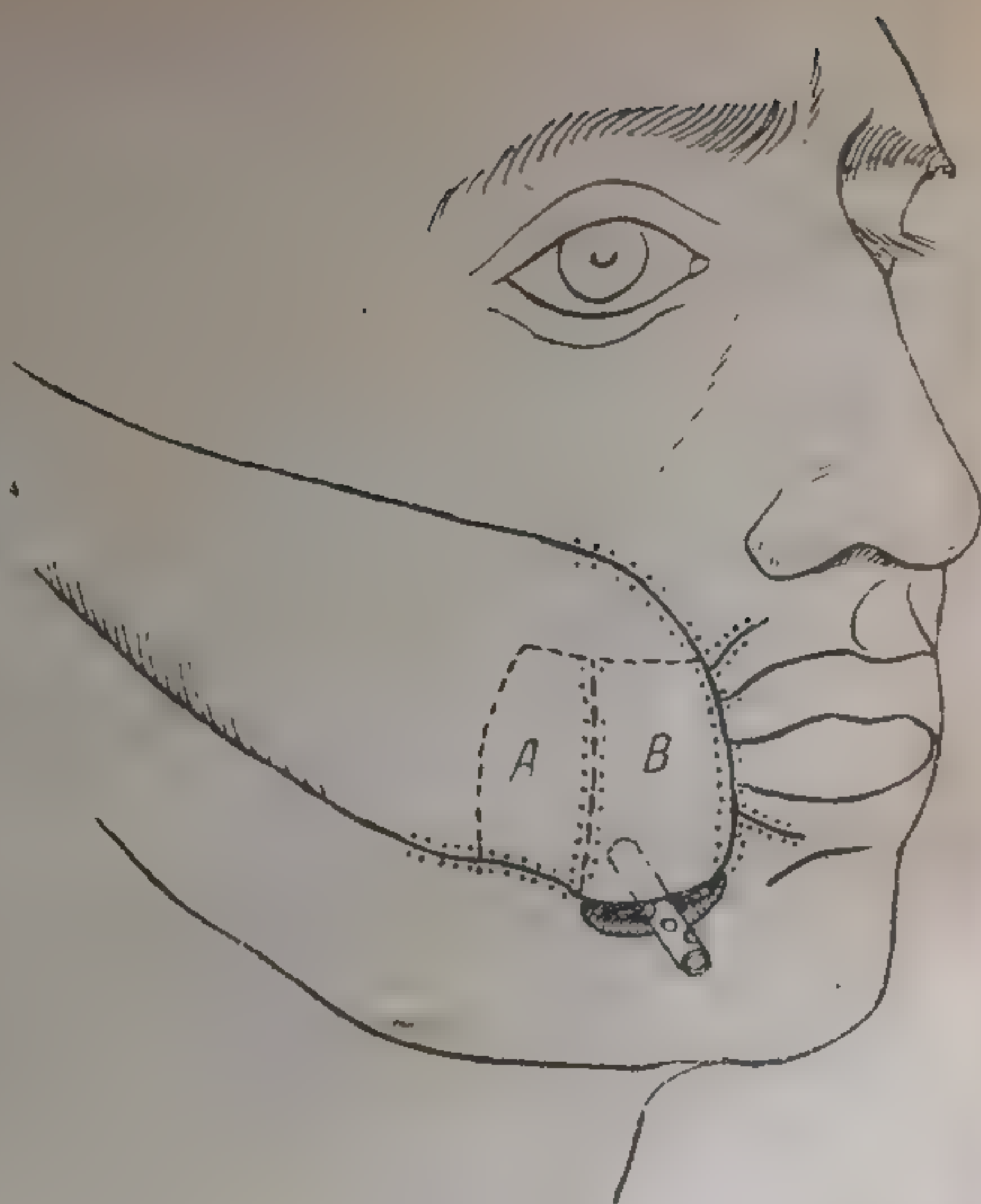


Рис. 556

Кожа лба пошла на построение недостающей части выстилки. Скальп перенесен на щеку. Участок скальпа *B* шит кзади с лоскутом *A*, кпереди — со слизистой верхней и нижней губ, а сверху — с опрокидывающейся каемкой из рубца в области *fossae caninae*. Волосистая часть скальпа подшита к краям кожной раны (рис. 556, границы выстилки показаны пунктиром).

По нижнему краю дефекта, где край скальпа удвоен и вследствие этого его нельзя было пришить к воспринимающей почве, введен в полость рта дренаж. Рана на месте скальпа уменьшена сильными матрасными швами, которые одновременно остановили кровотечение. На рану головы наложена сухая асептическая повязка. Гладкое послеоперационное течение.

На рис. 557 больной на 12-й день после операции. Все прижилось целиком.

1 апреля 1926 г. ножка скальпа отсечена и он возвращен на свое место, распластан и подшит к краям раны. Остающаяся часть раны на лбу заживет *per secundam*. 10 апреля 1926 г. нижний край лоскута скальпа на месте дренажа освежен и вживлен в край дефекта щеки. На рис. 558 черновой результат восстановления щеки. Осталось оформить рельеф щеки путем ряда поправок и создать настоящий угол рта.

В мае пациент уехал к себе на родину в горы на летние кочевки. Раны на лбу и в области ключицы близки к полному заживлению. В начале сентября больной снова в отделении. В течение сентября и октября проведен ряд мелких поправок, среди которых наиболее важные — это образование угла рта и вживление пересаженного лоскута «заподлицо» к окружающим его краям, над которыми он возвышается в виде бугра. На пересаженном лоскуте пышная растительность.

Правый угол рта имеет форму усеченного треугольника. Для того чтобы придать ему нормальный контур двух линий, сходящихся под углом, красная кайма мобилизована.

На рис. 559 и 560 показана схема выкраивания мобилизуемых лоскутов *A* и *A₁*. В щеке для этих лоскутов подготовлено соответствующее ложе (на том же рисунке показаны схемы косметических поправок).



Рис. 557



Рис. 558

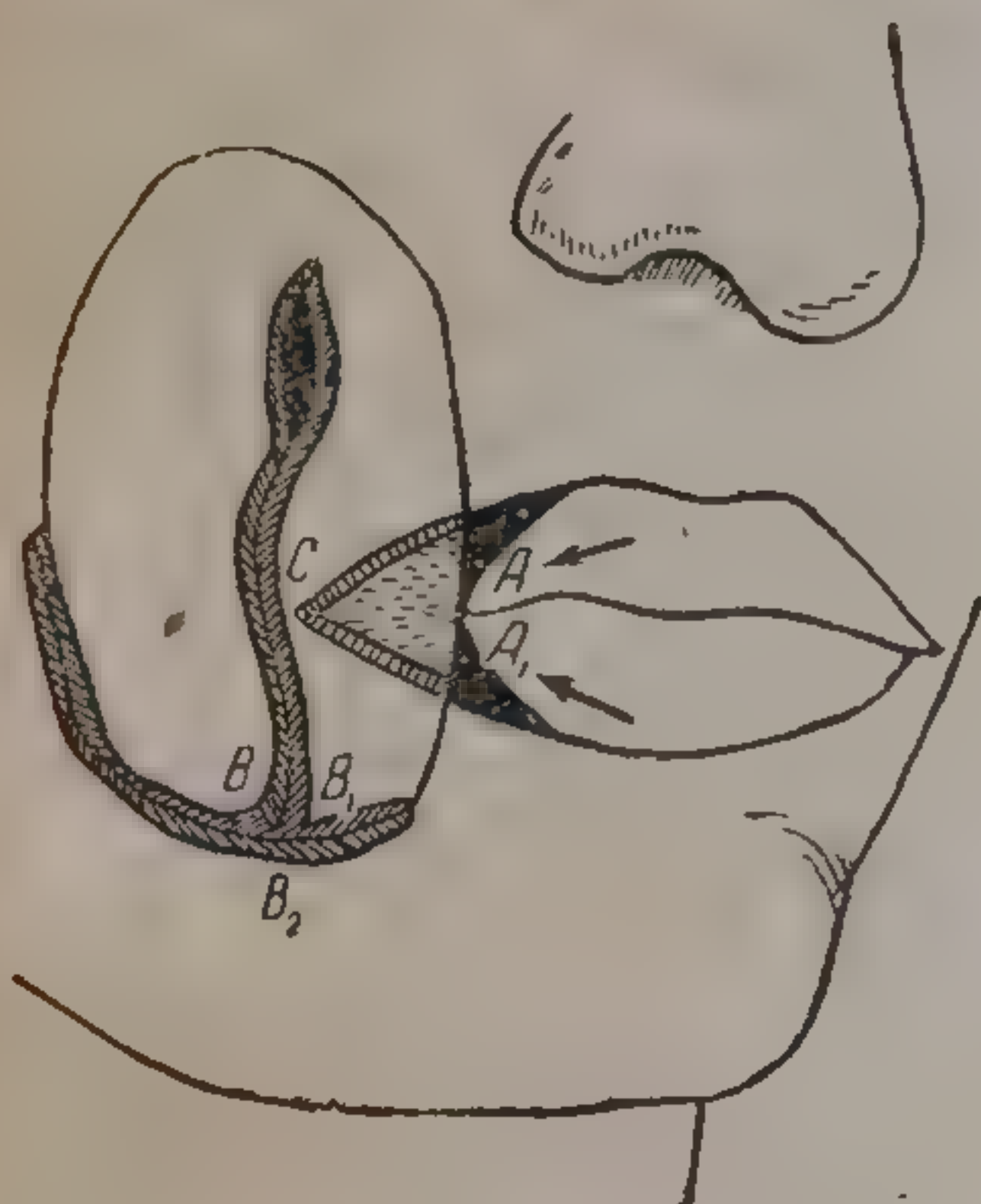


Рис. 559

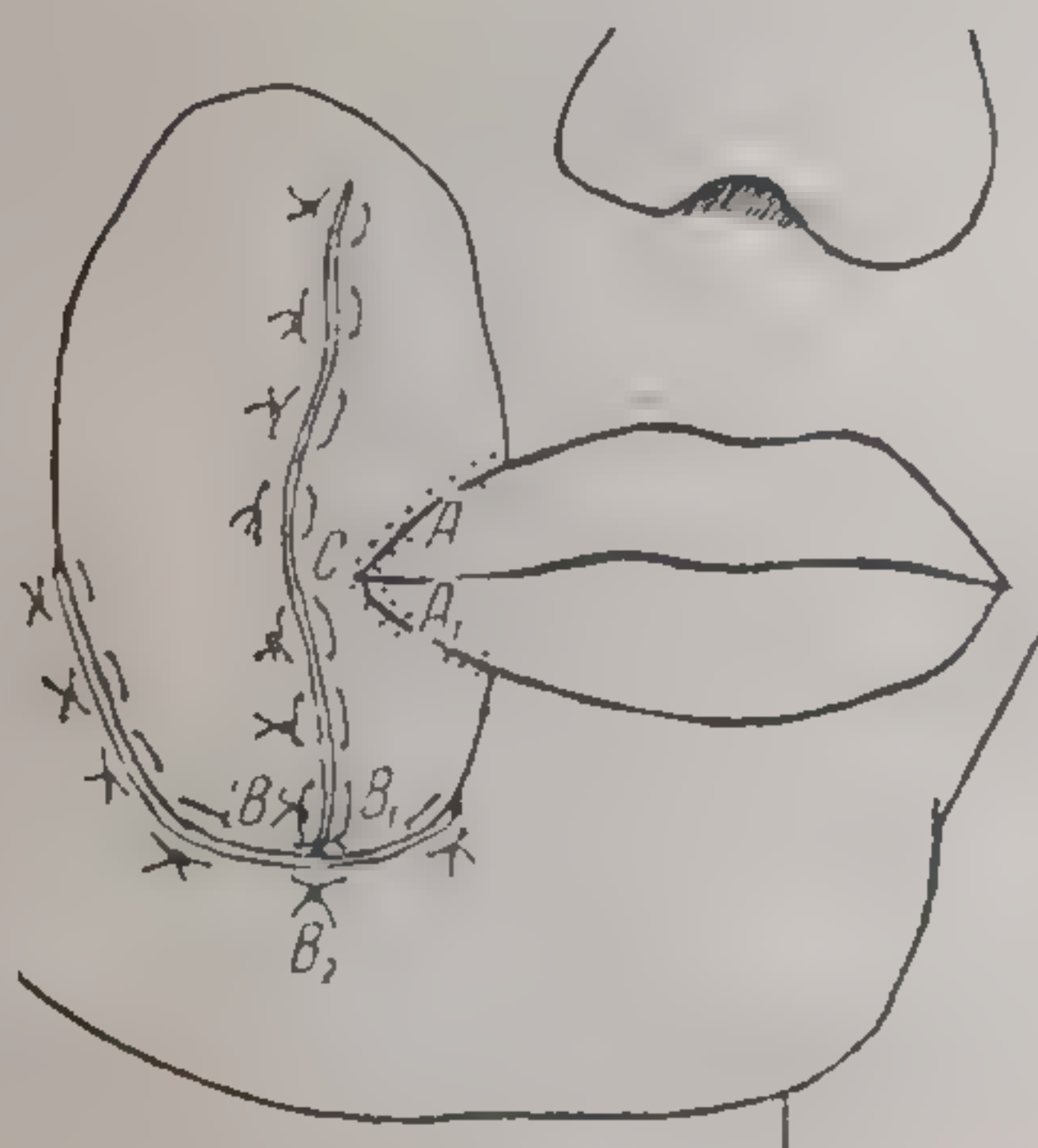


Рис. 560

После приживления уголков красной каймы рассечены глубже лежащие ткани. Ротовое отверстие получило нормальные размер и форму.

На рис. 550 и 551 результат операции. Эластичная щека. Раскрывание рта полное. Контур правой половины лица отличный. Фотография (рис. 551) сделана в феврале 1934 г., когда наш пациент, будучи по своим делам в Баку, пришел показаться в отделение.

Остается небольшой lagophthalmus правого нижнего века. Всякое оперативное исправление больной отклонил.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ

ПРИГЛАЗНИЧНАЯ ОБЛАСТЬ

Пластика век, конъюнктивального мешка, создание ложа для глазного протеза—все это операции, которые с бóльшим успехом выполняют офтальмологи, чем хирурги.

Но иногда, когда разрушение приглазничной области составляет лишь некоторую деталь более обширного разрушения, хирургу-пластику приходится производить восстановительные операции на веках, конъюнктиве, костной части глазного кольца и т. д., так как выполнение общего плана репарации зависит от восстановления этой части. Поэтому знакомство с этим специальным отделом пластической хирургии необходимо. Интересующийся деталями всегда обратится за ответом к весьма ценным монографиям и руководствам по этому вопросу (Czermak, Elschmig, Duverger et Velter, Imree, Одинцов и Орлов и др.).

Разрушения верхнего и нижнего век бывают самого разнообразного происхождения: волчанка, люес, некрозы после рожи и чаще после сибирской язвы и наконец самые разнообразные по характеру и размерам разрушения огнестрельного порядка и т. д.

В связи с ростом процента ранений в голову в каждой новой войне, пропорционально растет и количество ранений в область глаза.

По Керну (Kern) война 1870—1871 гг. дала 0,8% ранений в глаз. В японо-китайской войне 1894 г. эта цифра повысилась до 1,18%. В русско-японской войне она доходила до 2,22%, а в мировую войну по разным авторам достигала от 5 (Schreiberg) до 10% (Lövenstein).

В настоящую небольшую главу вошли повреждения брови, век и полного разрушения конъюнктивального мешка. Часть операций, относящихся сюда, описана в других отделах при изложении различных обширных разрушений.

Полное или частичное разрушение брови лучше всего восстанавливается при помощи нисходящего лоскута из височной области. Лоскут этот содержит *a. temporalis* и вполне надежно обеспечен питанием.

После отсечения ножки лоскут не теряет жизнеспособности и благодаря этому сохраняет растительность.

Пересадка для той же цели свободных трансплантатов, снабженных растительностью, не давала у нас хороших результатов несмотря на первичное приживание трансплантата. Через несколько недель волосы безвозвратно выпадали.

В веке мы различаем: 1) кожу—наружное покрытие, 2) опорную, промежуточную ткань—хрящ, 3) слизистую оболочку—выстилку.

Для образования выстилки при наличии здорового глаза лучше всего пользоваться свободными трансплантатами с внутренней поверхности нижней губы, так как кожа, повернутая внутрь конъюнктивального мешка, даже пушковыми волосами раздражает роговицу. Для тех же целей хорошо использовать и тиршевские трансплантаты.

Для образования наружного покрытия можно использовать самые разнообразные лоскуты (Diffenbach, Langenbeck, Шимановский, Fricke, Imge и т. д.)

со лба, щек, области скулы и т. д., а также свободные трансплантаты (Fhiersch, Wolf). Иногда можно построить вдали от глаза полуготовое веко, например из лоскута на филатовском стебле. Для этого раневая поверхность лоскута покрывается тиршевским трансплантатом—это будущая выстилка века. В глубину лоскута погружается хрящевой трансплантат. Предобразованное веко—«бол-

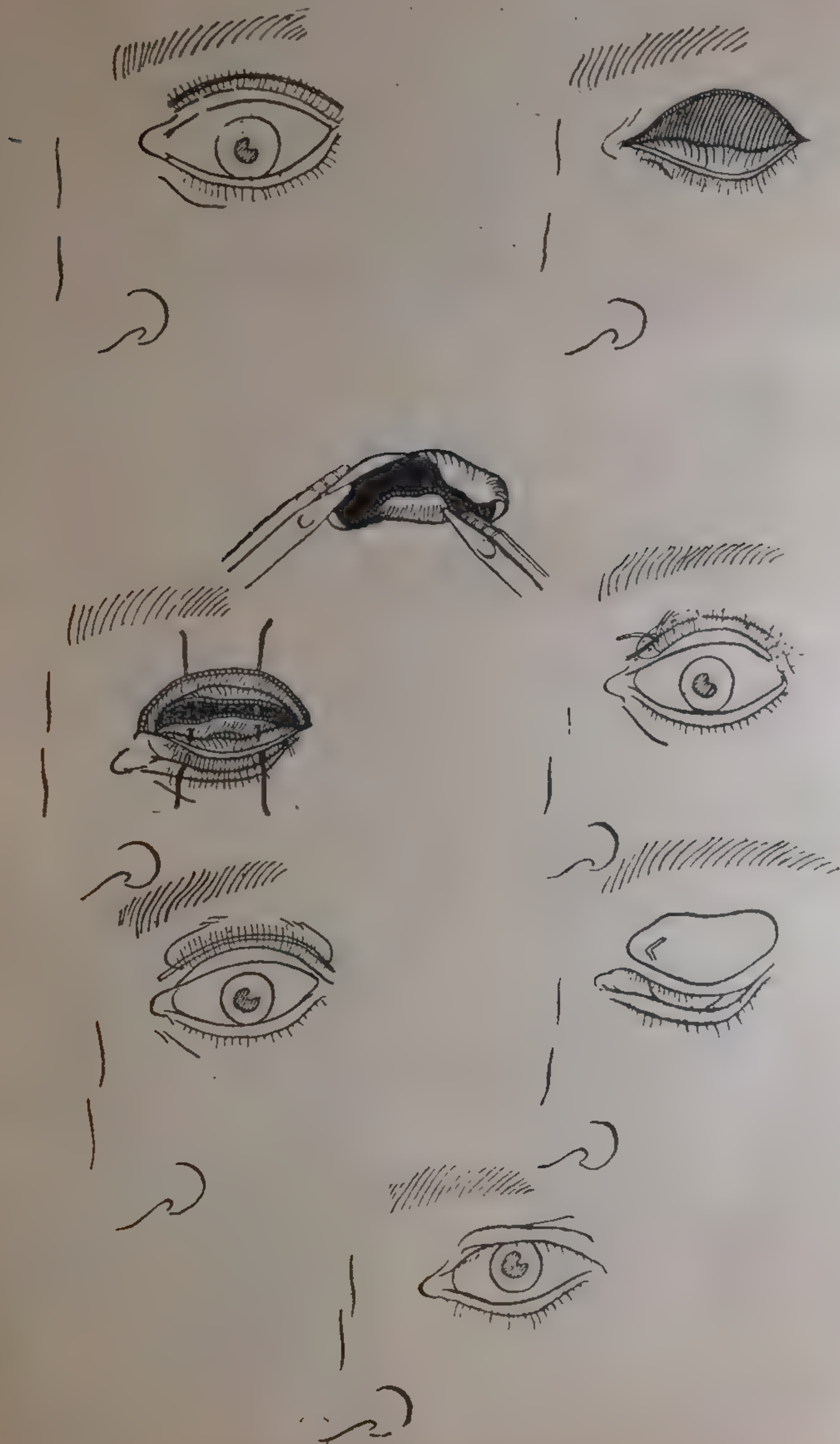


Рис. 561 (по Джильсу)

ванка» — переносится в область дефекта, где приживляется и затем получает необходимое оформление.

Чрезвычайно большую помощь в пластике век оказывает эссеровская вкладка, применение которой понятно без особых пояснений из рис. 561.

Та же вкладка Эссера оказывает неоценимые услуги при необходимости образовать ложе для глазного протеза. Детали этой операции описаны ниже.

Случай 109

Больная, тюрчанка, 47 лет. Полгода назад перенесла сибирскую язву в области левого глаза. Образовался большой некроз тканей вблизи нижнего века. Погибла кожа нижнего века, кожа ниже века, в области верхней челюсти и вдоль левого ската носа. После заживления остался глубокий вдавленный, спаившийся с костью рубец, вывернувший целиком наружу слизистую нижнего века.

На рис. 562 вид больной при поступлении в отделение. Верхнее веко еще отечно.

Простая мобилизация нижнего века и образование наружного покрытия при помощи например вольфовского трансплантата не могли дать в этом случае хорошего результата, так как ниже располагался рубец, который не мог служить достаточно прочным основанием для лоскута. Желательно было вместе с исправлением века уничтожить и рубец на щеке и носу.

Это легко было выполнить, выкрыв большой, лобный лоскут.

15 июля 1929 г. операция. Местная анестезия. По границе между рубцом и краем нижнего века сделан разрез. Далее разрез всюду очерчивает рубец в пределах здоровой кожи. Рубец иссечен. Нижнее веко установлено в гиперкоррекции. Добавочным разрезом вдоль назо-лабиальной складки мобилизован щечный лоскут А (рис. 564); подтянув его к крылу носа, удалось уменьшить рану. Остаток раневой поверхности закрыт лобным нисходящим лоскутом В (рис. 565), содержащим в своем основании артерию. Рана на лбу стянута матрасными швами. Лоскут прекрасно прижился первичным натяжением. Остается избыток конъюнктивы нижнего века. В ближайшие дни этот избыток был иссечен, рана закрыта кетгутом. Первичное натяжение.

На рис. 563 результат операции через полгода.



Рис. 562



Рис. 563

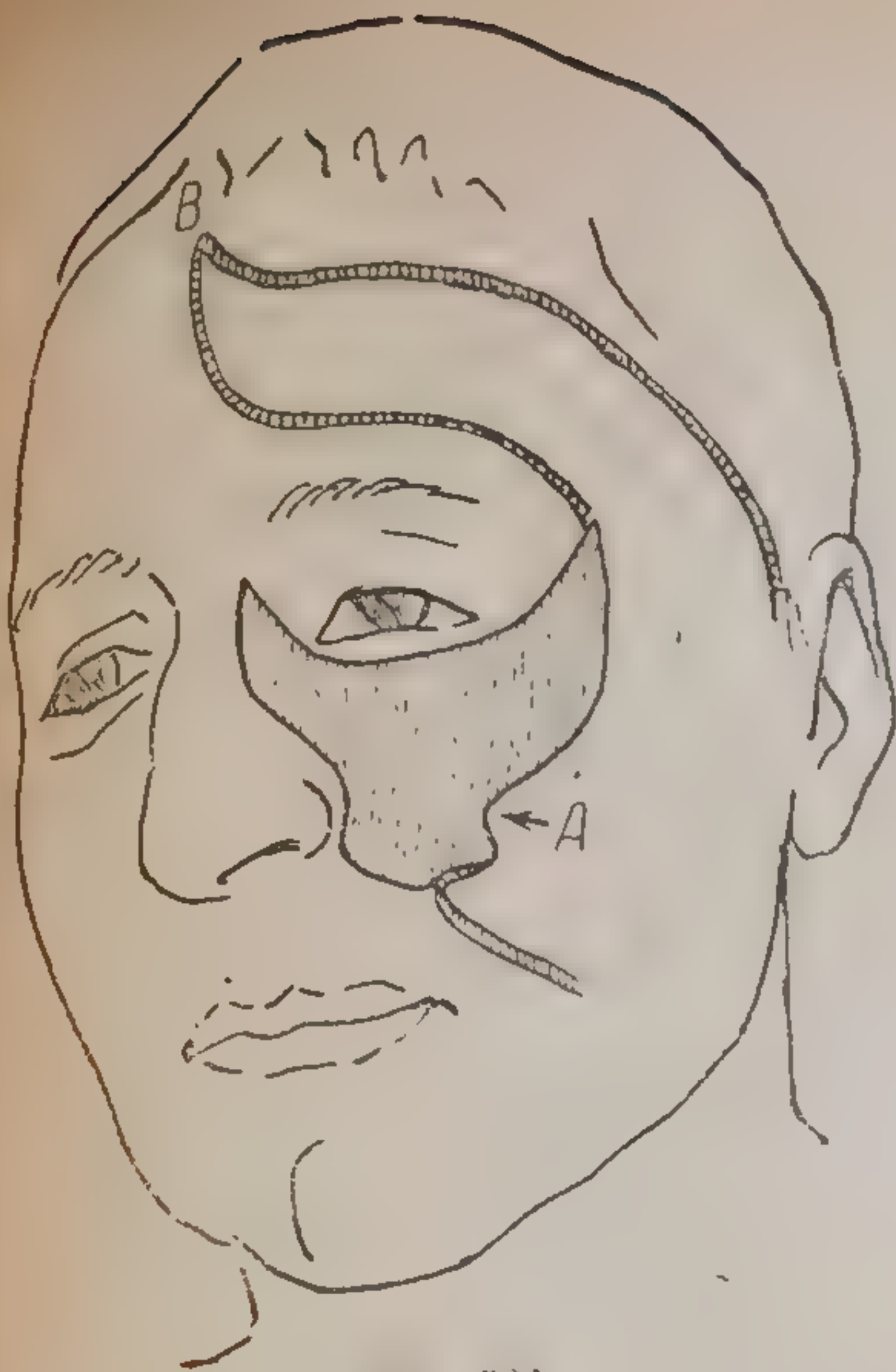


Рис. 564

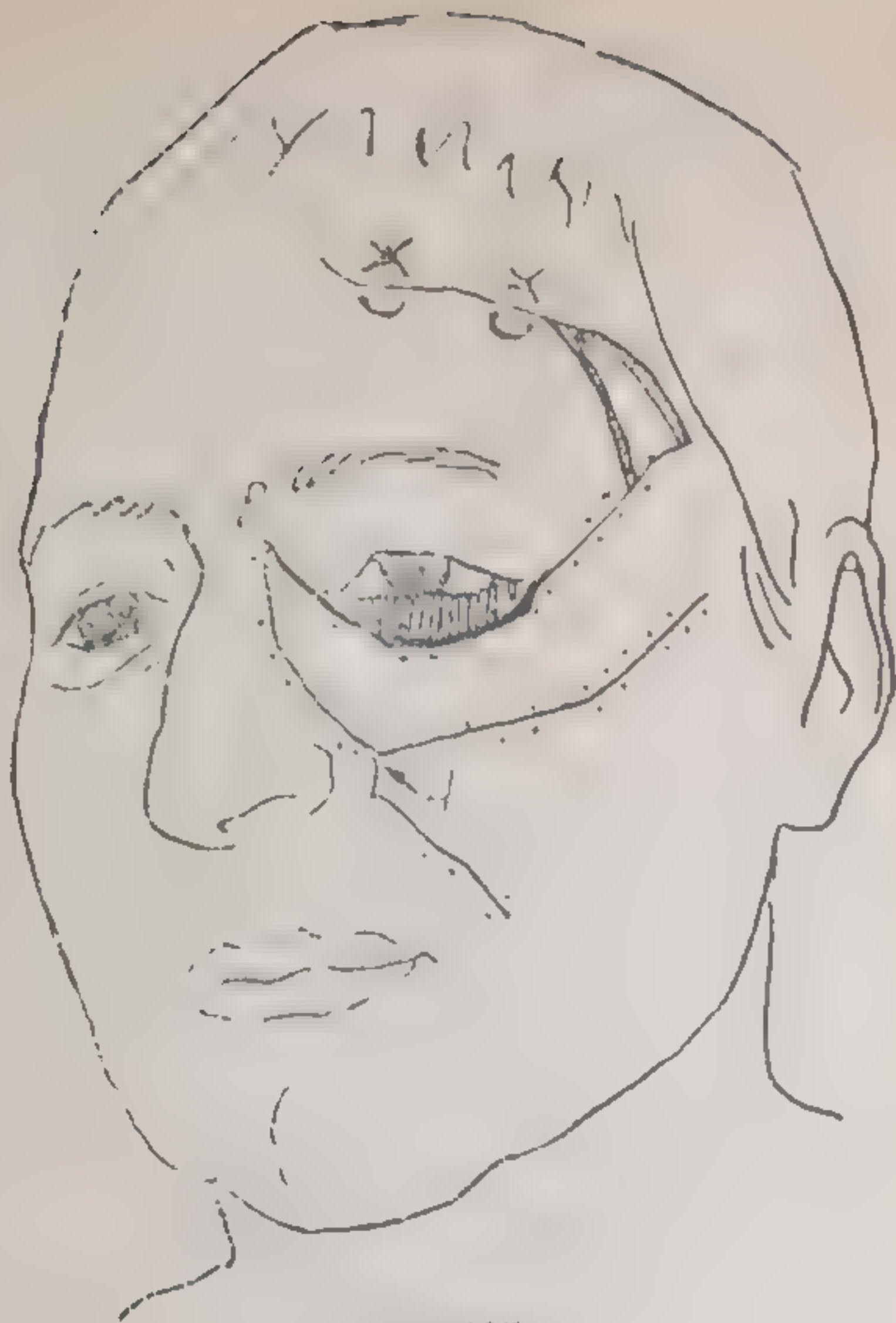


Рис. 565

Случай 110

Больной Г., 48 лет. В 1925 г. была произведена экзентерация орбиты и удалены мягкие ткани вокруг глаза по поводу широко распространившегося канкроида.

После удаления опухоли для закрытия раны был взят большой скальп, ниж-



Рис. 566

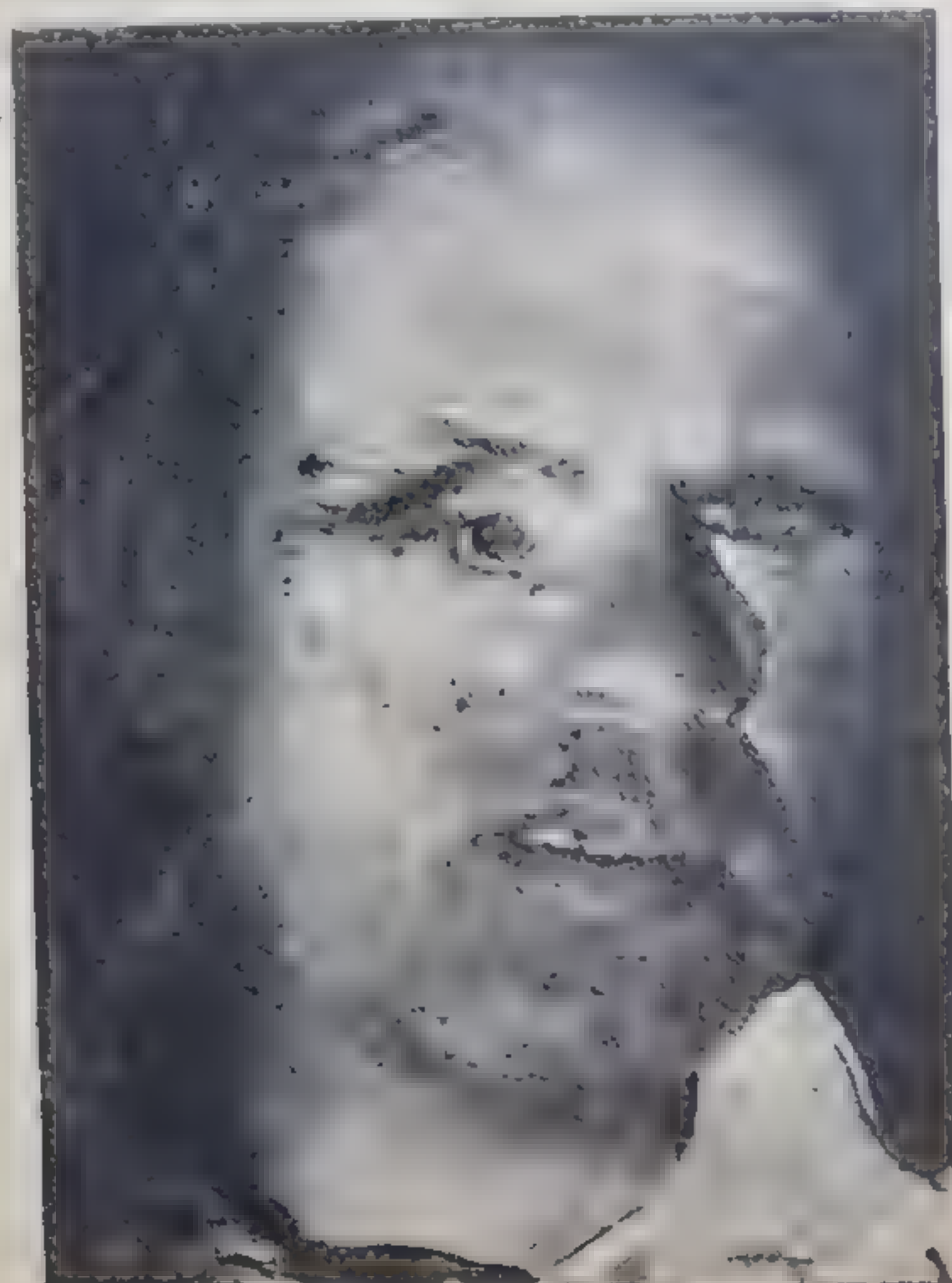


Рис. 567

нюю половину которого составляет кожа лба; верхний край скальпа, имеющий растительность, должен заместить удаленную бровь. На рис. 566 результат операции. Хорошо виден большой лоскут, вживленный в послеоперационную рану. Ножка лоскута превращена в стебель (острый стебель). На 16-й день после операции ножка скальпа отсечена. Остаток скальпа возвращен на голову. Лоскут вживлен к окружающим тканям.

На рис. 567 результат операции.

При паралитическом опущении века уместна пересадка височной мышцы.

Случай 111

Больная С., 37 лет, домашняя хозяйка. Подверглась год назад в провинции трепанации сосцевидного отростка. После операции остался стойкий, полный паралич всех трех ветвей правого лицевого нерва. Особенно тягостит большую lagophthalmus: вследствие этого постоянное слезотечение.

На рис. 568 хорошо видно, насколько нижнее веко отстает от нижнего края роговицы.

26 августа 1927 г. операция. Местная анестезия. Справа в височной области выкроен кожный лоскут основанием вниз и кзади. Лоскут отвернут и обнажен *m. temporalis*, покрытый фасцией. Начиная от высшей точки раны, выкроен мышечно-фасциальный лоскут. Полоска мышцы, покрытая височной фасцией, отделена от подлежащих тканей. В нижне-переднем углу раны под кожу введен корицанг по направлению к наружной половине нижнего века. Над клювом корицанга сделан разрез длиной 3—4 мм параллельно краю нижнего века. Клюв корицанга оказался наружу. При помощи его прихвачена шелковая лигатура, извлеченная корицангом через подкожный канал в рану височной области. Конец мышечного лоскута прошит лигатурой. Подтягивая лигатуру в обратном направлении, удалось провести мышцу через подкожный канал.



Рис. 568



Рис. 569

Освежив верхушку мышцы, пришили ее с некоторым натяжением двумя шелковыми лигатурами к круговой мышце глаза. Наложены швы из конского волоса на кожную рану. Лоскут волосистой части головы уложен на место и пришит также конским волосом (рис. 570).

Заживление первичным натяжением. На рис. 569 результат операции через три месяца.

Из многочисленных способов, предложенных для пластики конъюнктивального мешка при образовании ложа глазного протеза, мы опишем способ Джильса (Gillies) как наименее известный, но заслуживающий широкого распространения.

Джилльс использовал для пластики сморщенного конъюнктивального мешка идею вкладки Эссера.

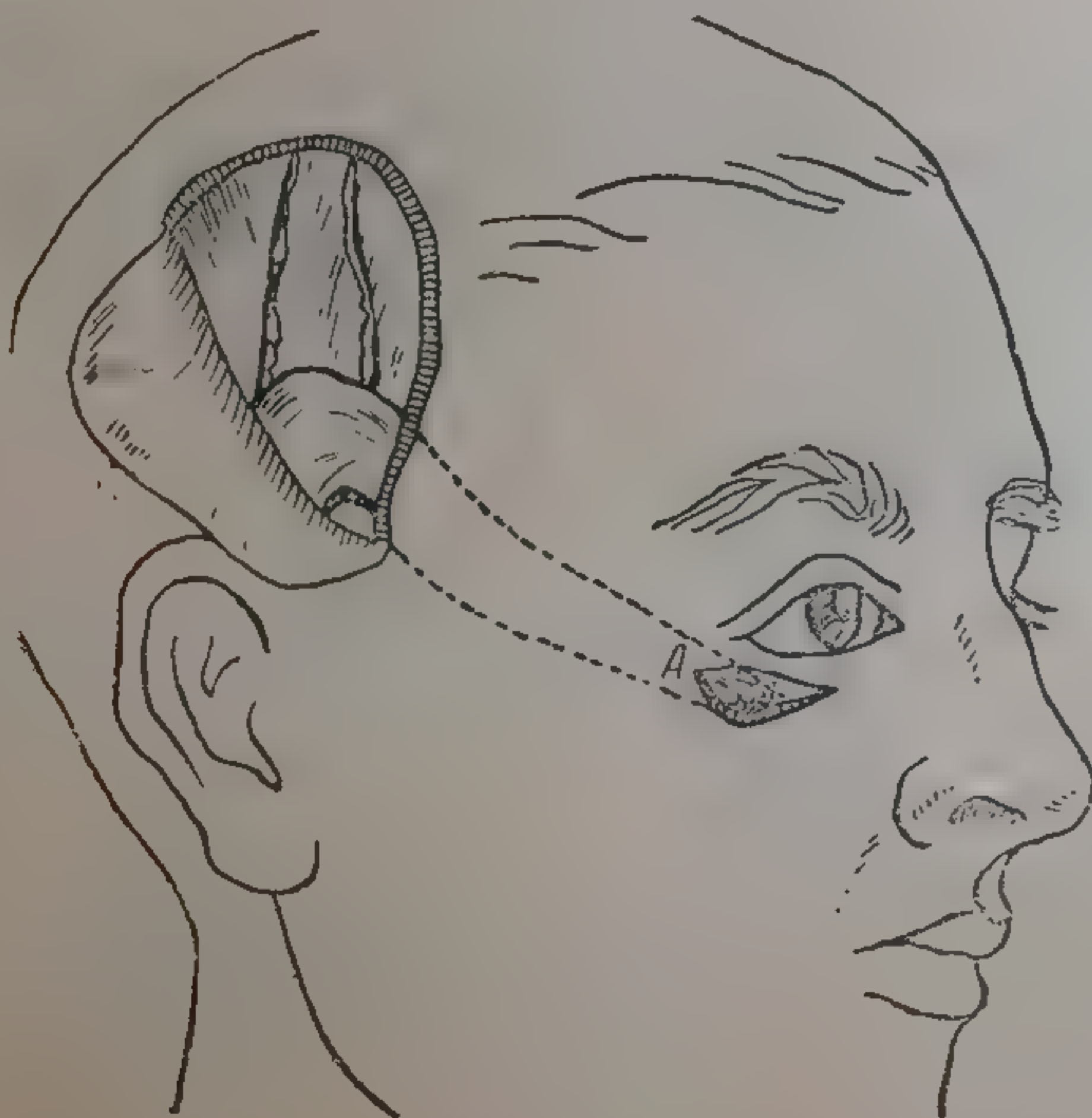


Рис. 570

Освободив от рубцов полость глазницы, покрывают эбонитовый или стеклянный шар большим тиршевским трансплантатом раневой поверхностью наружу. Шар, соответствующий по размерам полости глазницы, вводится туда вооруженный упомянутым трансплантатом. Через 5—6 недель конъюнктура рассекается вновь. Шар удаляется. К этому времени вся полость совершенно эпителизирована. Затем вместо шара вводится глазной протез.

Эта операция требует строжайшей асептики и чрезвычайно бережливого отношения к тканям полости глазницы.

Случай 112

Больной А., 22 лет. В четырехлетнем возрасте потерял левый глаз по словам больного во время кори как осложнение последней. Правый глаз — норма. Легкий птоз левого верхнего века. Смыкание правильное. Размыкание ограничено. Верхний и нижний своды рубцово изменены и укорочены. Дно конъюнктивального мешка уплощено. Не представляется возможным ввести даже самый маленький протез (рис. 571).

17 января 1925 г. операция. Восстановление конъюнктивального мешка по Джилльсу. Местная анестезия. Горизонтальный разрез по конъюнктиве от слезного мясца до наружной спайки век. Канотомия. Соединительная оболочка отпрепарована к верхнему и нижнему сводам. Рубец, располагающийся позади конъюнктивы, удален ножницами (рис. 573). Среди нескольких шаров выбран соответствующий по размеру полости глазницы. Мы приготовили шары, заказав их токарю из твердого дерева самшит. Стеклянные и эбонитовые шары мы не могли достать. Чтобы не касаться шара руками в интересах асептики, мы вонзили в него толстую иглу. Это облегчило покрытие шара эпителиальным трансплантатом. На передней поверхности бедра взят большой тиршевский трансплантат, который покрыл шар целиком в виде головного платка. Одна кетгутовая лигатура, завязанная над иглой, фиксировала трансплантат. Шар погружен в полость глазницы. Конъюнктура зашита наглухо над шаром конским волосом (рис. 574). На пятый день начаты теплые irrigации трижды в день в области левого глаза. Шар оставался в полости два месяца без всяких явлений раздражения со стороны последней.



Рис. 571



Рис. 572

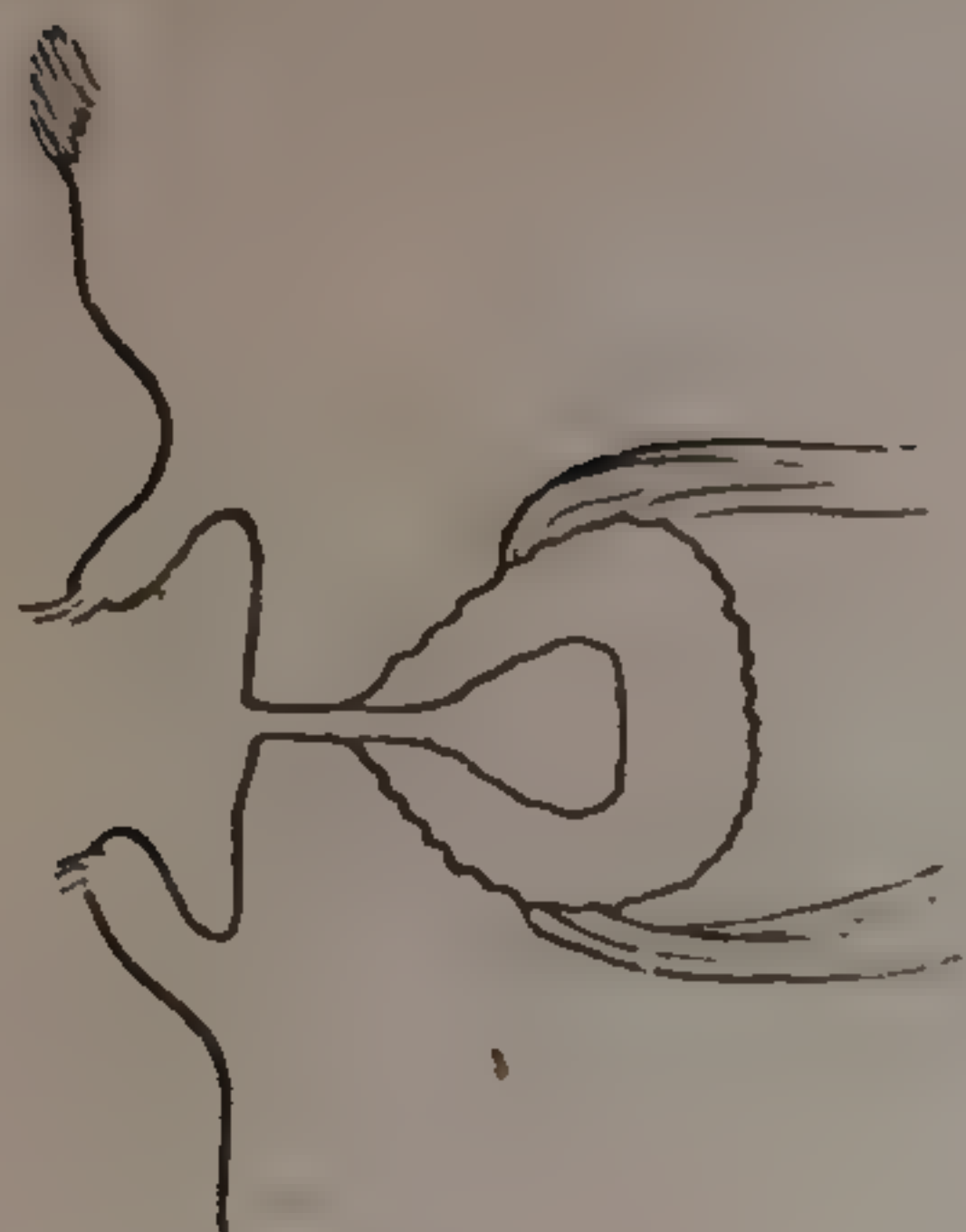


Рис. 573

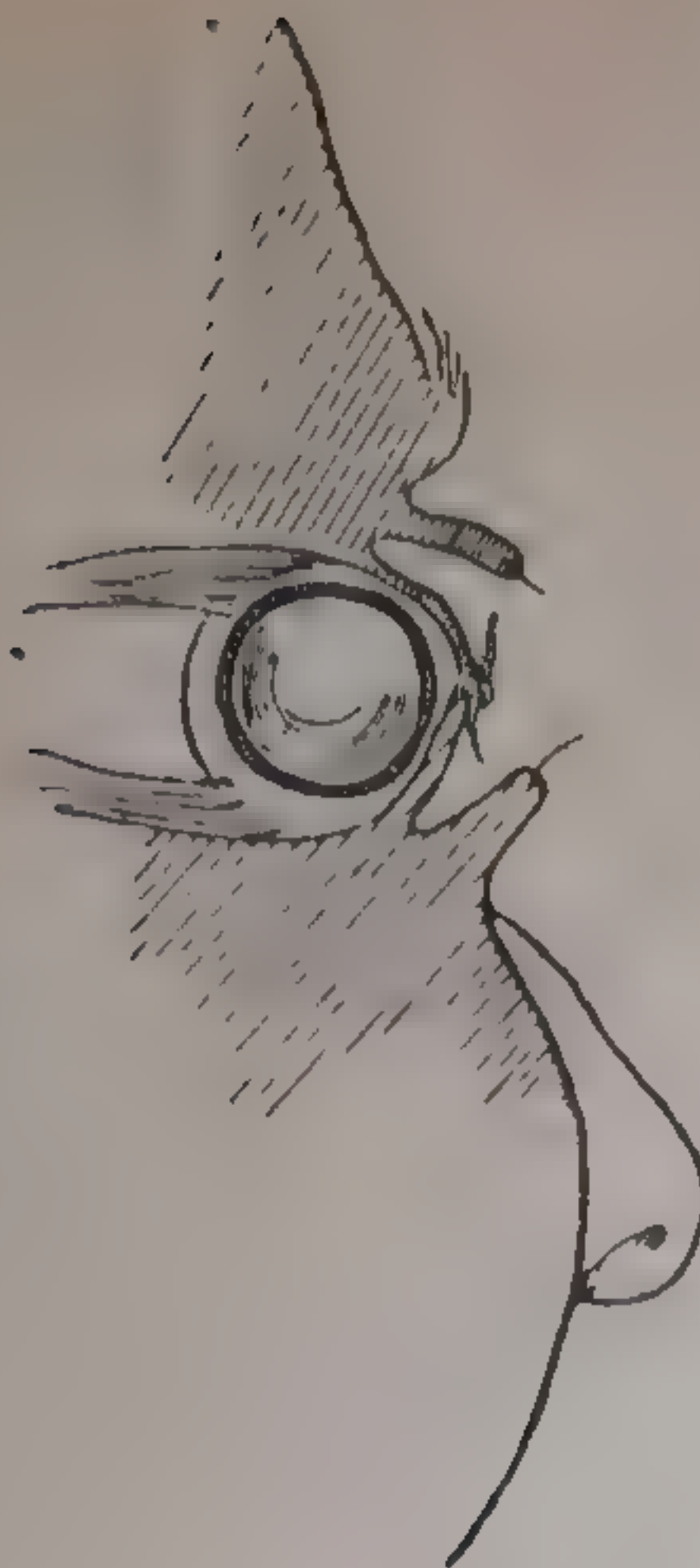


Рис. 574

16 марта 1925 г. по старому рубцу сделан горизонтальный разрез по конъюнктиве. Шар извлечен. Прекрасно эпителизированная большая полость. Шар заменен протезом. Верхнее и нижнее веки зашиты до окончания рубцевания на месте разреза конъюнктивы.

На рис. 572 результат операции к концу апреля 1935 г.

Всего этим способом нами было оперировано четверо больных. У одного из них нагноение, наступившее через несколько дней после операции, потребовало удаления шара.

АНГИОМЫ ЛИЦА

Врожденные сосудистые опухоли встречаются на лице довольно часто. По вычислениям Коримана они составляют 2—3% всех новообразований и 7% всех доброкачественных опухолей¹. У проф. Петрова на 14 804 опухолевых больных гемангиомы составляли 1,5%².

По Холдину $\frac{3}{4}$ всех ангиом располагаются на голове. Размеры гемангиом могут быть самые различные — от небольшого безобидного пятнышка до огромных пещеристых опухолей, пронизывающих половину лица.

Мы испробовали для лечения ангиом много способов: 1) чисто оперативные иссечения, перевязку приводящих сосудов, обкалывание, прошивание и т. д.; 2) впрыскивание спирта, кипятка; 3) рентгентерапию. Применить радий мы не имели возможности.

Наилучшие результаты при огромных ангиомах лица мы получили от диатермии в виде повторных пунктур. Иногда диатермия применялась в комбинации с операцией. Для диатермии мы пользовались нашими советскими аппаратами первых выпусков, которые при всех их недостатках оказались чрезвычайно полезными. Импровизированный наконечник мы изготовили сами. К активному электроду пристроили длинную тонкую иглу от рекордовского шприца. Точно таким же образом были изготовлены остальные наконечники — шаровидный и нож (глазной, брюшистый скальпель и т. д.).

Небольшие поверхностные ангиомы выжигаются в один-два приема совершенно радикально. Остающийся рубец с косметической точки зрения не оставляет желать ничего лучшего. При больших и огромных каверномах мы комбинировали оперативное удаление опухоли с прижиганием во время операции обнаженных кровотокающих сосудов. При малых размерах ангиомы диатермия является методом выбора, и нет надобности прибегать к операции, особенно у грудных детей, так как диатермия бескровно, быстро и с косметически лучшим результатом разрешает этот вопрос. При больших ангиомах щек, губ и языка несмотря на предварительную перевязку сосудов кровотечение бывает огромное, подчас даже очень опасное, и удаление опухоли может сопровождаться нарушением наружных покровов и слизистой, пронизанных сплошь опухолью. Может случиться, что опухоль удалить радикально невозможно, а разрушение наружных покровов после операции не окупит ее результатов. Поэтому нам кажется в противоположность Холдину, что чем больше кавернома лица, чем больше она захватывает органов и областей, тем меньше показаний для чисто хирургического лечения. В этих случаях пунктура диатермией дает наилучшие результаты; следует только разбить лечение, не спеша, на несколько актов.

Приводимые ниже два наиболее экзотичных случая иллюстрируют сказанное.

¹ Х о л д и н, Гемангиомы лица, 1925.

² Там же.

Больная М., русская, 14 лет. Огромная кавернома, захватывающая правую щеку, подбородочную область, дно рта и достигающая на шее верхнего края ключицы. Правая половина лица и шеи асимметрично увеличена. Сквозь истонченную кожу просвечивают расширенные сосуды, область правого угла рта вздута опухолью. Слизистая в виде фиолетовой подушки выпячивается в рот.

Произвести пункциру опухоли на шее мы не решались, опасаясь воздушной эмболии; поэтому операцию было решено разбить на две части: на шее удалить опухоль комбинированным путем—хирургическим плюс диатермия, а на лице—исключительно пункцирой.

20 октября 1933 г. общий эфирный наркоз маской Омбредана. Сделан лоскутный разрез кожи. Нижний край лоскута на палец выше ключицы. Два боковых симметричных разреза проведены на высоте углов нижней челюсти. Лоскут основанием у подбородка откинут вверх.

Удаление губчатой опухоли, сильно кровоточащей, представляет большие трудности. Частью ножом, частью путем прижигания кровоточащих участков диатермическим электродом опухоль удалена вместе с *platysma myoides* и глубокими мышцами передней поверхности шеи и дна рта, которые она пронизывает. При этом обнажены большие сосуды шеи, вся щитовидная железа, глубокие мышцы дна рта и боковых отделов шеи, особенно справа, в области восходящей раны нижней челюсти.

Операция представляла значительные трудности и сопровождалась большим кровотечением, особенно при отделении опухоли от щитовидной железы.

Кожный лоскут уложен на место; один тампон выведен из правого нижнего угла раны.

После отторжения омертвевших тканей рана быстро зажила. Результат операции хороший, если не считать косметически не совсем красивого западения кожи справа на шее на месте удаленных мышц.

28 января и 16 мая 1934 г. произведены множественные пункциры щеки и губы в области угла рта со стороны кожи и слизистой. Опухоль резко сморщилась.

На рис. 575 результат лечения.



Рис. 575



Рис. 576



Рис. 577



Рис. 578

Больной Р., тюрк, 11 лет. Кавернома левой половины лица. Опухоль занимает всю верхнюю губу, щеку, язык, поднимается вверх в височную область, переходит кзади в ретромандибулярную поверхность. Склера левого глаза, особенно наружная половина, занята опухолью. Ощупыванием удастся обнаружить узуры левой височной кости.

На рис. 576 и 577 вид больного при поступлении в отделение.

16 мая 1934 г. произведена пунктура диатермической иглой верхней губы и щеки со стороны слизистой. Опухоль на глазах тает. Значительный эффект.

25 июня и 25 июля 1934 г. повторные диатермические пунктуры щеки со стороны слизистой и кожи щеки в различных участках, особенно в области угла нижней челюсти.

На рис. 578 результат незавершенного лечения. Родители увезли больного в Ленкорань, получив от нас совет привести ребенка вновь.

Не претендуя на полную радикальность, как и все другие способы (радий, рентген), диатермия является доступной сейчас любой больнице в противоположность лучистым способам, особенно радио, требующим специальных установок и огромных средств, не говоря уже о специальной подготовке персонала.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛИЦА

Различного рода поверхностные злокачественные опухоли лица — канкроиды, эпителиомы — лучше всего удалять при помощи диатермии.

С косметической точки зрения получается вполне удовлетворительный рубец.

Отдаленные результаты этого способа также неплохи.

Материал наш невелик и поэтому мы воздерживаемся от каких-либо заключений по этому поводу.

В начале нашей деятельности мы прибегали к чисто хирургическому удалению опухоли и немедленному закрытию пластически образовавшегося дефекта.

Это не всегда удается, особенно если дело идет о распадающейся опухоли. Нередко после этой операции под лоскутами образуется нагноение, сводящее к нулю результат пластической операции.

Позже мы разбивали операцию на два акта, разделенные сроком в несколько недель: удаление опухоли и реконструкцию разрушенной части лица.

С этого момента неудачи стали редкостью.

Следующие два случая иллюстрируют сказанное.

Случай 115

Больной, крестьянин из Нагорного Карабаха. Большая канкроидная язва в области правого виска, существующая 6 лет.



Рис. 579

25 сентября 1924 г. операция. Под местной анестезией язва иссечена. Одновременно образован мощный филатовский стебель на шее, справа по ходу *m. sterno-cleido-mastoideus*.

Основание стебля у сосцевидного отростка, лоскутный конец в подключичной ямке.

15 октября 1924 г. у основания стебля образован лоскут, перенесенный на гранулирующую поверхность в области удаленной язвы на правом виске. Лоскут хорошо прижился, но закрыл лишь заднюю половину дефекта.

10 ноября 1924 г. питающий конец стебля у сосцевидного отростка отсечен, стебель распластан и им закрыта остающаяся гранулирующая поверхность. Косметические поправки. Вживление краев лоскута повсюду «подлицо».

На рис. 579 результат операции.

Случай 116

Больной, тюрк, 47 лет, крестьянин. В течение 4 лет имеет канкроидную язву вблизи внутреннего угла правого глаза и на предлежащей части спинки носа. На рис. 580 область язвы заштрихована косыми линиями.

18 марта 1924 г. операция. Местная анестезия. Язва иссечена в пределах здоровых тканей; затем образованы два надвигающихся лоскута А и В, один лобный, другой щечный. Сдвинув их навстречу, удалось хорошо закрыть дефект.

Однако следует указать, что надвигающиеся лоскуты дают наименьший эффект в смысле их использования для закрытия дефектов.

На рис. 581 непосредственный результат операции.

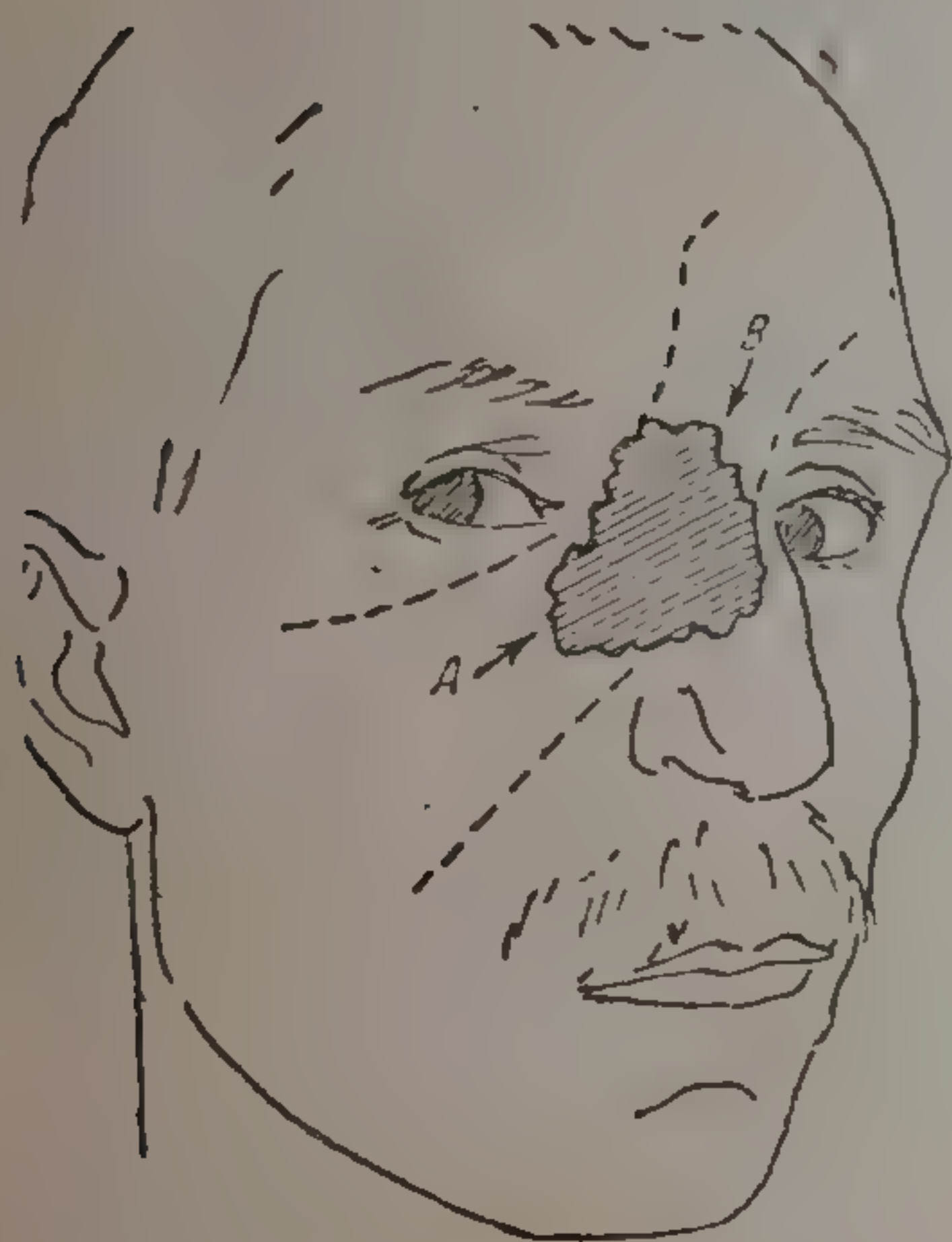


Рис. 580



Рис. 581

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ

ВОЛОСИСТАЯ ЧАСТЬ ГОЛОВЫ

Повреждения волосистой части головы, с которыми приходится иметь дело восстановительной хирургии,—это различные степени разрушения скальпа после ожога, травмы, а также некоторые врожденные опухоли.

Наибольшие повреждения волосистой части головы вызываются или обширными ожогами или скальпированием.

Скальпированием называются обширные отрывы кожи головы при попадании волос в приводные вращающиеся механизмы. Скальпирование по большей части случается у женщин. Размеры скальпирования самые разнообразные—от небольших повреждений кожи до полного отрыва кожи головы, начиная от надбровных дуг и кончая затылком. Мало надежды на то, что оторванный совершенно и загрязненный скальп, уложенный обратно на место, приживет. Конечно, если скальп сохранил связь с материнской почвой той или иной частью, следует его обязательно приладить на место и фиксировать швами.

Больные с обширными скальпами находятся в состоянии тяжелого шока; рана головы обычно загрязнена, и нередко имеются еще другие повреждения; поэтому мы всегда воздерживались от первичного пластического закрытия раны головы. Обычно мы выжидаем, когда образуются грануляции, и тогда приступаем к закрытию обширной гранулирующей поверхности.

Методом выбора лечения обширных гранулирующих ран области волосистой части головы является свободная трансплантация кожи по Ревердену, пропагандируемая в последние годы Девисом (Davis).

Способ этот при несложной технике дает несравнимый ни с каким другим способом эффект. Известно, что раны после скальпа заживают годами, а в лучшем случае в течение многих месяцев.

При помощи способа Ревердена самую большую поверхность удастся заживить в течение 2—3 недель.

Техника взятия и пересадки лоскутов по Ревердену заключается в следующем. Обязательное условие, как и при всякой трансплантации, хорошее состояние воспринимающей почвы. Лоскуты пересаживают прямо на грануляции. Поверхность, откуда берут лоскуты, обмывают физиологическим раствором и вытирают насухо. Острым, тонким однозубчатым крючком захватывают кожу и натягивают ее, а образующийся шатер кожи срезают ножницами. Получается леретенообразный трансплантат всей толщи cutis, напоминающий пшеничное зерно, но раза в два больше размерами. Трансплантат сбрасывают на стерильное полотенце, откуда другой хирург переносит его на рану черепа—маленькая предосторожность, оберегающая от возможной инфекции область, откуда берутся трансплантаты.

Желательно брать трансплантат таким образом, чтобы направление лангеровских бороздок совпадало с длинником трансплантата. Тогда они не скручиваются и хорошо ложатся на раневой поверхности.

Количество пересаживаемых трансплантатов соответствует размерам гранулирующей поверхности.

Чем больше трансплантатов, тем лучше, тем быстрее зарубцуется рана;

однако в целях экономии можно ограничиться интервалами между трансплантатами в 5—7 мм.

На засеянную поверхность мы накладываем в несколько слоев марлю, смоченную рыбьим жиром. Первую повязку оставляют на 5—6 дней, а затем удаляют в ванне. Обычно к этому времени лоскуты уже прижили. В последующем повязка из рыбьего жира (Rp.: Vaseline albi. 100,0 fiat sterilisati et adde Ol. Jecoris Aselli 100,0. DS. Ung.), сменяемая через день после теплой ванны.

Несколько хуже, чем при скальпировании и при ожогах, приживают реверденские трансплантаты при язвах после рентгеновского ожога.

В нескольких случаях обширного скальпирования, бывших под нашим наблюдением, мы с успехом прибегали к пересадке по Ревердену. Ни в одном из этих случаев заживление обширной раны не превысило 4—5 недель. Для иллюстрации приводим один из наиболее тяжелых примеров этого разрушения.

Случай 117

Больная Сарра М., тюрчанка, 17 лет. 3 ноября 1933 г. за полчаса до поступления в отделение во время работы на заводе волосы попали в привод машины. Вместе с волосами оторвало кожу головы.

Больная в состоянии тяжелого шока. Вся левая половина черепа и часть правой скальпированы. Ушибленная рана на правом плече, разможенная рана левой кисти — обнажены сухожилия. Механический туалет (протираание и обмывание Aether puris с последующим смазыванием T-gae jodi). На рану головы повязка из рыбьего жира. Первые дни больная температурит, но вскоре рана головы очищается и покрывается хорошими грануляциями. 6 декабря 1933 г., т. е. через 33 дня после повреждения, трансплантация по Ревердену. Ввиду того что размеры гранулирующей поверхности на голове требовали пересадки нескольких сотен трансплантатов и было нежелательно подвергать трансплантаты соприкосновению с новокаином, произведена спинномозговая анестезия.

С передней поверхности правого и левого бедер взято 325 трансплантатов, которые и перенесены на гранулирующую рану головы.

Повязка из рыбьего жира. На рану бедер сухая асептическая повязка.

11 декабря 1933 г. смена повязки. Полное приживание трансплантатов. На рис. 582 вид раны в этот момент. 24 декабря 1933 г. раневые поверхности на голове и бедрах зарубцевались полностью.



Рис. 582

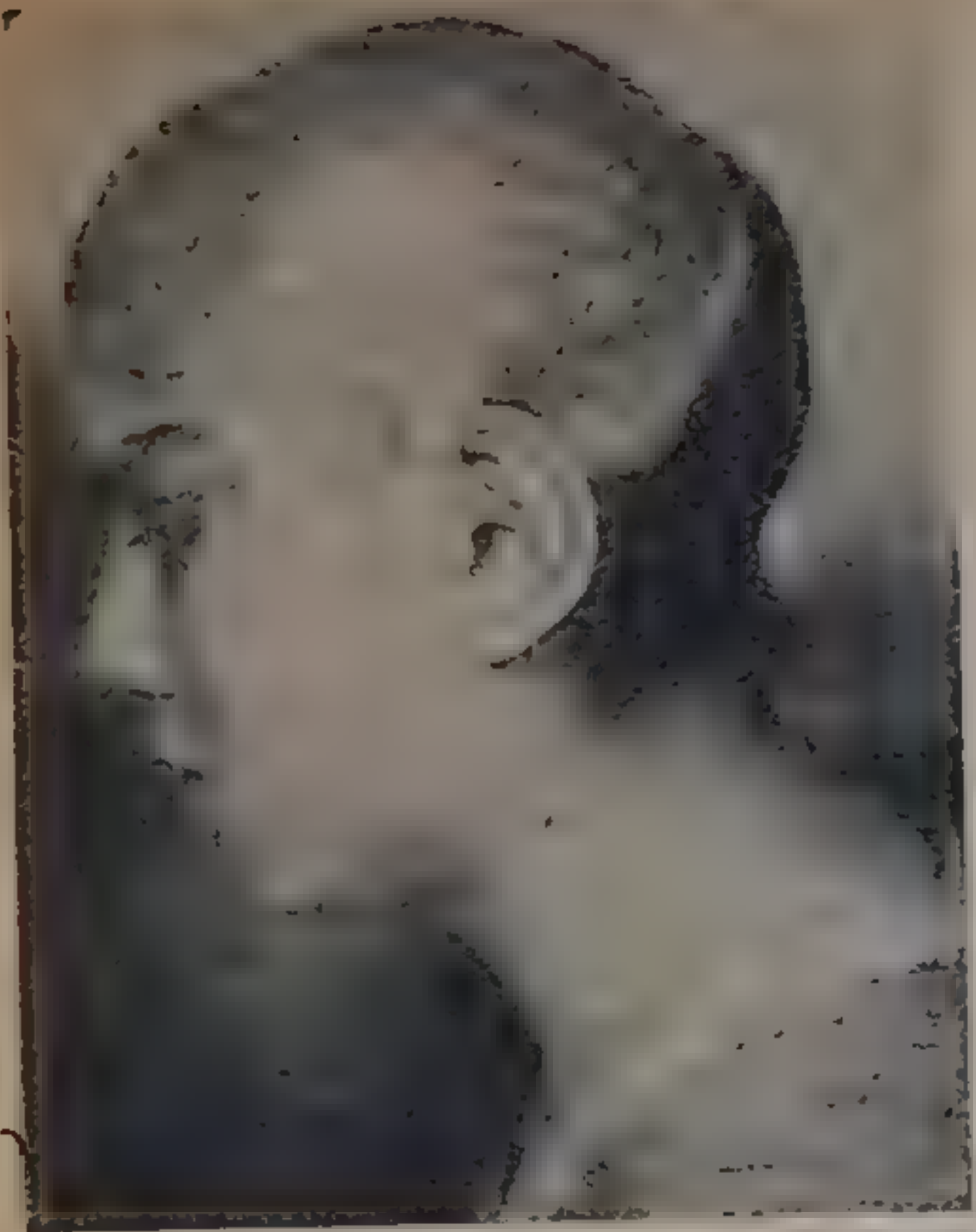


Рис. 583



Рис. 584

На рис. 583 и 584 результат операции.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЕ РОДИМЫЕ ПЯТНА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Эти родимые пятна, часто встречающиеся на голове, образуются из утолщенной кожи, складывающейся в толстые и извитые валки, разделенные глубокими бороздками. Поверхность такого родимого пятна напоминает мозговые извилинны. Это так называемая *cutis verticis gyrata Unna*¹ или *rachydermie verticellée* волосистой части головы. Некоторые авторы считают родимые пятна за неврофибромы.

Достигая большой величины, эти родимые пятна мешают их обладателям. Мы наблюдали несколько подобных больных.

Удаление в один момент больших *naevus* связано с трудностями и невозможностью последующего закрытия образовавшихся дефектов. Мы разбили операцию на несколько актов, удаляя каждый раз столько, что оставалась возможность закрыть рану наглухо. Таким образом удавалось убирать огромные *naevus*, нигде не оставляя гранулирующих поверхностей.

Случай 118

Больная, Тамара Г., армянка, 24 лет. *Naevus gyratus* всей затылочной части черепа (рис. 585). Поверхность напоминает ткань мозга. Пациентка просит убрать это массивное образование, так как между извилинами постоянная мокнущая экзема и хроническое раздражение. *Naevus* по ее словам вызывает головные боли.

После основательной гигиенической и медикаментозной подготовки экземе удалось зажить.

30 марта 1931 г. операция. Местная анестезия. Правый верхний квадрант опухоли вырезан в виде веретенообразного лоскута по границе со здоровой частью кожи. Предлежащая нормальная кожа и опухоль отслоены. Края раны стянуты сначала при помощи сильных пулевых щипцов, а затем сшиты крепкими матрасными швами. Заживление первичным натяжением.

2 апреля 1931 г. таким же образом иссечен нижний левый квадрант опухоли. Заживление первичным натяжением.

¹ Д а р р ь е, Основы дерматологии, 477.



Рис. 585



Рис. 586

15 мая и 5 июня 1931 г. поочередно иссечены левый верхний, а затем правый нижний квадрант.

На рис. 586 результат сделанной операции.

Лечение следует считать незаконченным. Однако то, что получилось в результате этой операции, значительно лучше того, что было до нее. Поверхность затылка гладкая с неповрежденным волосистым покровом.

Случай 119

Больной Б., русский, 26 лет. Большой паевус затылочной области (рис. 587).

15 января, 14 февраля и 15 апреля 1935 г. под местной анестезией опухоль удалена кускованием. Всякий раз рану зашивали наглухо натяжением крепких матрасных швов.

На рис. 588 результат непосредственно после третьей операции.



Рис. 587



Рис. 588

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

ДЕФЕКТЫ ЧЕРЕПА

Дефекты свода черепа, подлежащие пластическому закрытию, можно разделить на две больших группы. К первой относятся разрушения только костей черепа, ко второй — разрушения кости вместе с твердой мозговой оболочкой и подлежащей мозговой тканью.

К закрытию дефектов черепа следует прибегать не ранее, чем через полгода после полного заживления раны. Еще большую осторожность следует проявлять в случаях, где кроме разрушения черепа было повреждение мозга и внедрение инородных тел.

При наличии травматической эпилепсии большинство авторов рекомендует не медлить с операцией. Поскольку сращения мозга на месте повреждения в некоторых случаях дают вообще повод к эпилептическим припадкам, своевременная операция купирует и предупреждает дальнейшее развитие эпилепсии.

Поздние операции, когда мозг уже находится в состоянии хронического раздражения, дают значительно худшие результаты.

Интересный факт отметили некоторые авторы (Culeke, Lexer, Küttner, Krause): повреждения черепа с последующей эпилепсией, получаемые в мирное время, дают в смысле прогноза после оперативного лечения значительно лучшие результаты, чем повреждения, полученные во время войны.

Браун (Braun) на 246 оперированных больных с хронической травматической эпилепсией получил в 128 случаях хороший результат, а в 118 случаях операция была безуспешна.

Лексер рекомендует при дефектах черепа с повреждением мозговой ткани разбивать операцию на два акта: в первый момент удалить рубец мозга, убрать инородное тело и уничтожить сращения между поверхностью мозга и костью вокруг дефекта, пересадив для этого жир. Раневую поверхность прикрыть кожей, оставив пластику костного дефекта для второго момента через 3—4 месяца в том случае, если в этом промежутке времени не бывает больше эпилептических припадков.

Благодаря этому, говорит Лексер, имеется возможность снова при необходимости легко открыть мозг, если появляются признаки абсцеса, энцефалита или опасных скоплений жидкости.

Оставлять надолго костные дефекты черепа незакрытыми при отсутствии припадков Лексер не рекомендует.

Пересадку жира и одновременное закрытие дефекта в кости Лексер считает возможным производить только в случаях, где отсутствуют явления раздражения мозга и где рубец относительно поверхностный.

Лексер делит все случаи дефектов черепа, подлежащие закрытию, на три категории: 1) повреждения черепа без повреждения мозговой оболочки; эти чистые случаи поражения черепа подлежат одномоментной костной пластике; 2) повреждения черепа и твердой мозговой оболочки с сравнительно поверхностными рубцами в мозгу без явлений раздражения мозга — эта категория также подлежит одномоментной операции; 3) повреждения черепа — *dura mater* и ткани

мозга — это наиболее сложная группа; в этих случаях Лексер рекомендует двумоментную операцию, о которой говорилось выше.

Для закрытия дефектов черепа существует много различных способов и среди них на первом месте стоит способ Мюллер-Кенига (Müller-König) — образование кожно-перипостально-костного лоскута вблизи дефекта.

Этот способ имеет и недостатки, заключающиеся в том, что образование костной пластины представляет не всегда легкую задачу, особенно в области истонченной части черепа, при необходимости закрыть относительно большие дефекты.

Более легким способом, дающим не худшие результаты, является свободная аутопластика костно-надкостничным трансплантатом из большеберцовой кости. Мы отдаем предпочтение этому способу во всех случаях.

Операция для первой и второй групп случаев отличается лишь тем, что дефект твердой мозговой оболочки некоторые авторы замещают жиром (Лексер).

Ферстер (Foerster) считает применение жира для закрытия дефектов твердой мозговой оболочки и мозга за «несчастливую идею» («eine sehr unglückliche Idee», цит. по Steinthal), так как по его мнению лоскут жира превращается в рубец; то же происходит с фасцией.

Для второй группы мы не пользовались жиром, считая, что при отсутствии эпилепсии достаточно закрыть дефект костью, а твердую мозговую оболочку восполнить надкостницей, имеющейся на трансплантате, как это советует делать Гюлеке. Подробнее это будет изложено при описании техники операции.

Мы не можем присоединиться к мнению Ферстера, так как в некоторых случаях получали стойкий результат и после пересадки жира и не наблюдали эпилепсии в течение нескольких лет.

Наконец наиболее сложную задачу для восстановления представляют собой случаи третьей группы, осложненные эпилепсией, где мозг, освобожденный от сращений с дефектом, падает в глубину черепа, или при удалении рубца мозга вскрывается желудочек, или открывается травматическая киста.

Видя одну из причин эпилепсии в сращении мозга с костью, Лексер настаивает в этих случаях на пересадке лоскута жира, который по его мнению предупреждает эти сращения вновь; в случаях, где во время операции вскрыт желудочек или рог, жир пломбирует отверстие или полость.

В некоторых случаях третьей группы Лексер производил одномоментную операцию. Этот прием он считает необоснованным и рекомендует двумоментную операцию по соображениям, высказанным выше.

Второй акт необходимо производить не ранее, чем через 12 недель, так как к этому времени жировой трансплантат заканчивает регенерацию, как это доказал экспериментально Рен (Rehn) из клиники Лексера.

Лоскут жира должен быть не больше дефекта и не толще, чем пространство между мозгом и черепом, и только в случаях, где нужно запломбировать кисту или отверстие в желудочек, этот лоскут берется несколько больших размеров.

Лоскут не должен подвергаться какому-либо давлению; фиксируется он несколькими тонкими кетгутэвыми швами.

Следуя при закрытии дефектов черепа общим указаниям Лексера, мы в нашей технике действовали несколько своеобразно.

Во-первых, кожный разрез: Лексер рекомендует посечь рубец в области повреждения в пределах здоровых тканей и затем рядом образовать большой кожно-перипостальный лоскут, который должен покрыть всю операционную область таким образом, чтобы линия кожного шва не пришлась над трансплантатом. Мы поступаем несколько иначе. Область повреждения очерчиваем лоскутным разрезом, отступив на 2–3 см от краев дефекта. Основание лоскута расположено так, что в него входят сосуды данной области. Рубец на месте дефекта по большей части оказывается в центре лоскута. Отслаивая кожный лоскут вниз, подходим к краю дефекта, где лоскут спаян рубцом с подлежащими тканями *dura mater* или мозгом.

Острым скальпелем всегда удается пройти между кожным лоскутом и руб-

цом твердой мозговой оболочки или мозга, сохранив неповрежденным кожный лоскут, особенно в том месте, где его пронизывает рубец.

Продолжая отслаивать кожный лоскут, обнажаем целиком отверстие в кости.

Следующая задача—это освободить твердую мозговую оболочку и мозг от сращений с краем дефекта и удалить рубец мозга или кисту, если такая обнаружена.

Твердую мозговую оболочку, сращенную с краями дефекта, мы отделяем следующим образом: отступя на 2—3 мм кнаружи от края дефекта, надсекаем надкостницу до кости и всюду параллельно линии дефекта.

Распатором отслаиваем надкостницу внутрь черепа, стремясь освободить твердую мозговую оболочку по всему периметру дефекта, следуя за надкостницей в глубину и под края дефекта. Это—при соблюдении осторожности удается легко и хорошо сделать, не вскрывая твердой мозговой оболочки.

Мозг, находящийся как бы на якоре, освобожденный от сращений, уходит в глубину, покрытый неповрежденной *dura mater* или рубцом, и все это окаймлено краешком надкостницы, отслоенной с краев дефекта (рис. 589).

При наличии эпилепсии пунктируется центр рубца; в случае обнаружения кисты мы иссекаем ее, стремясь не повредить вновь ткани мозга.

Точно так же поступают и с избыточным рубцом. Образовавшуюся полость заполняют жиром с наружной поверхности бедра, но это делают перед самым концом операции, когда остановлено кровотечение, приведены в порядок края раны и т. д. Извлекать жир нужно с величайшей тщательностью.

Трансплантат не должен ни с чем соприкасаться. Пинцетом из раны бедра нужно перенести его в рану черепа и сейчас же прикрыть кожным лоскутом.

Освободив мозг от сращений, начинают обработку краев дефекта для приема трансплантата. Лексер совершенно справедливо обращает особое внимание на эту важную для прочного результата часть операции.

Костный трансплантат на черепе не получает функционального раздражения, способствующего его жизни, как это имеет место на конечностях, и вследствие этого нередко значительно истончается и даже имеет склонность вовсе рассосаться подобно костным трансплантатам под кожей носа, где их постигает та же судьба.

Чтобы избежать этого, Лексер считает необходимым привести края трансплантата в соприкосновение с краями дефекта в виде широкой ступеньки.

Этим предупреждается также и последующее западение внутрь и давление на мозг костного трансплантата. Для этого, отступая на 1 см от края дефекта, при помощи небольших долот, желобоватых и прямых, образуют ступеньку из наружной пластинки и *diploe* кости (рис. 589).

Чтобы облегчить адаптацию между трансплантатом и дефектом, освеженную

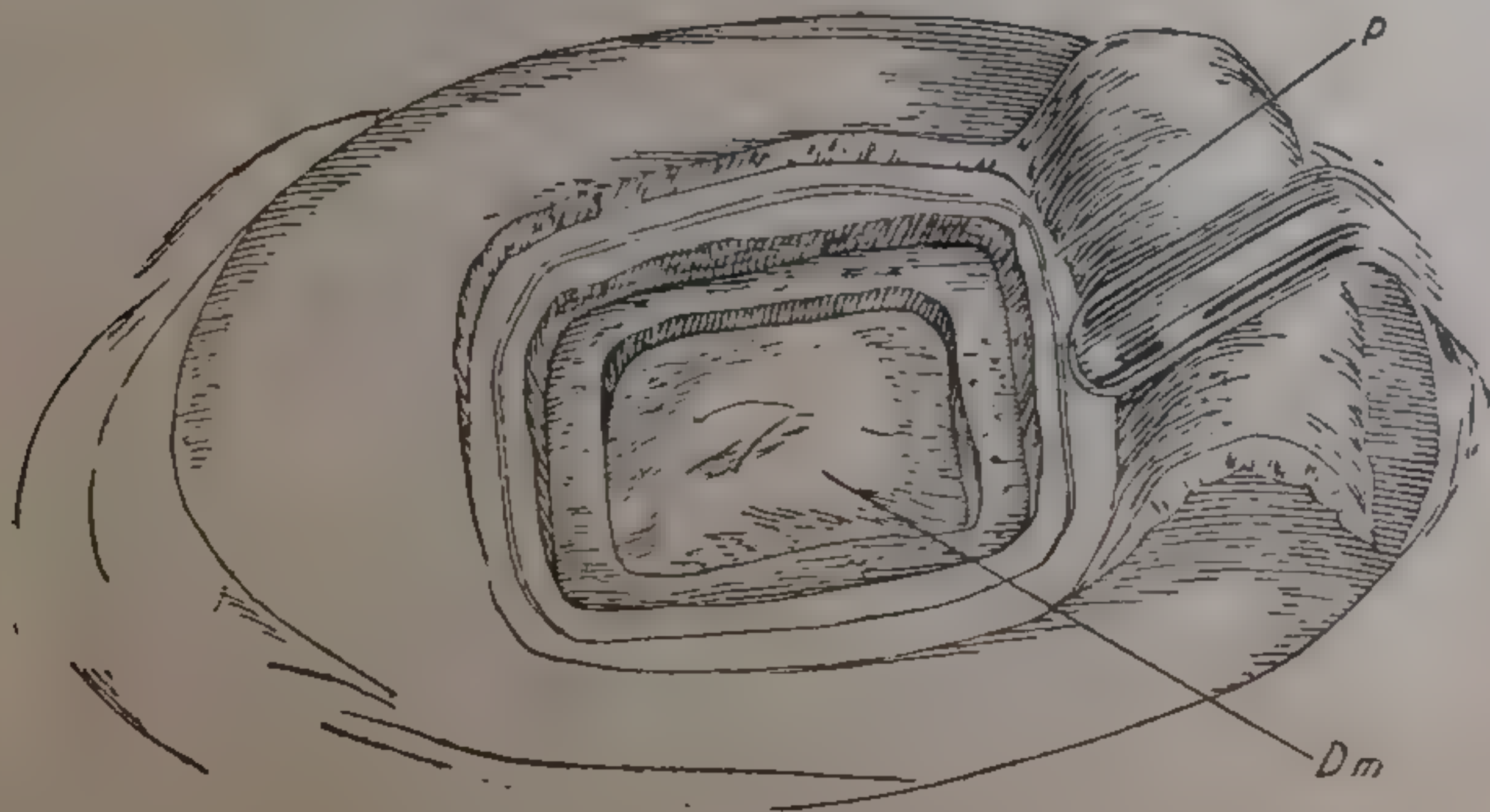


Рис. 589

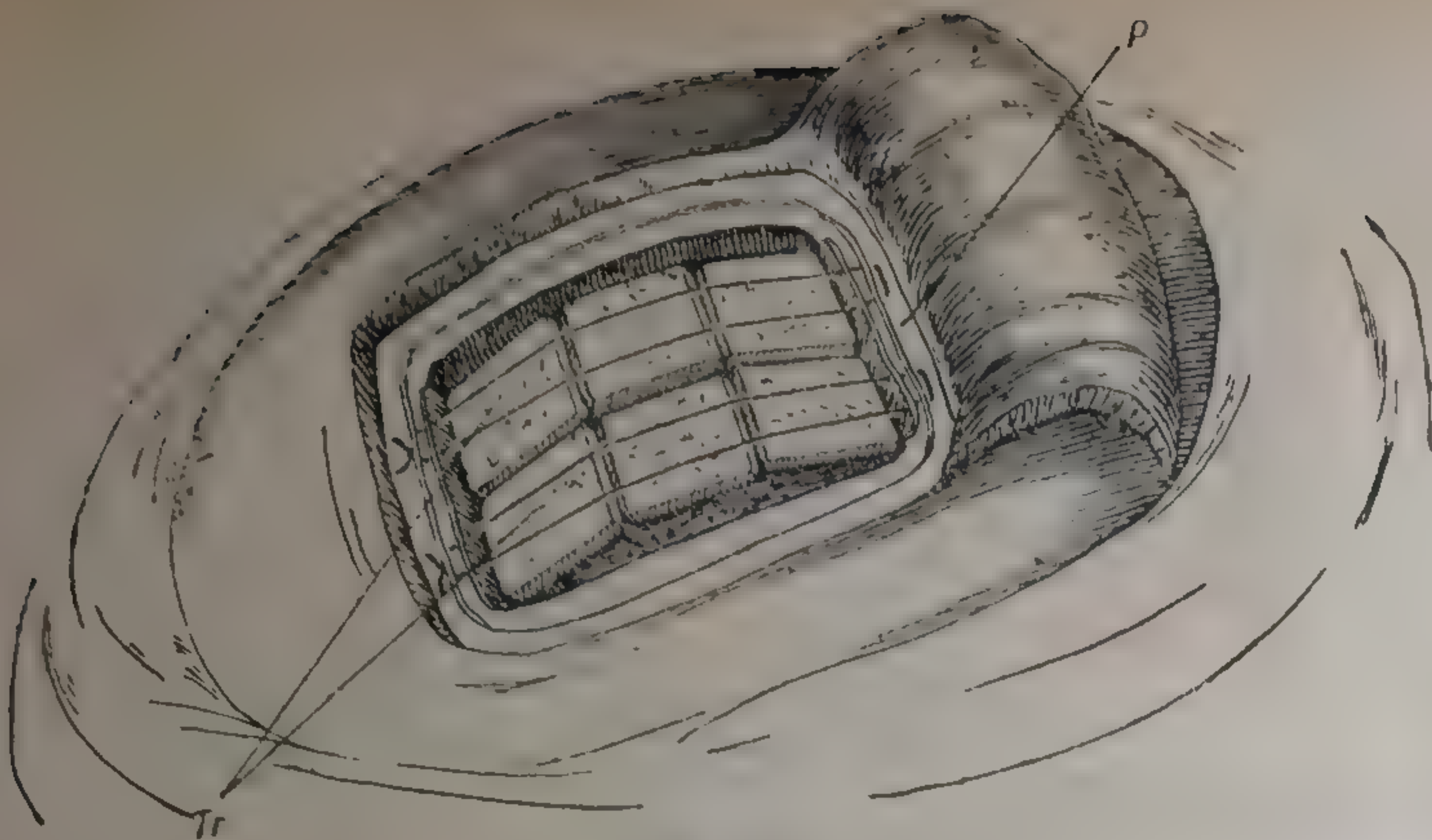


Рис. 590

поверхность ступеньки мы всегда превращаем в четырехугольник (рис. 589). Измерив циркулем четырехугольник, выпиливаем совершенно точно по размерам дефекта костно-надкостничный трансплантат из передней поверхности *tibiae*.

Трансплантат должен иметь в толщину не менее 4—6 мм.

Извлекать трансплантат, особенно большой, следует пилой, а не долотами; тогда он имеет ровную толщину и не состоит из осколков.

Делаем мы это следующим образом: на передней поверхности большеберцовой кости дуговой пилой надпиливаем два параллельных разреза на глубину желаемой толщины трансплантата. Разрезы отстоят один от другого на расстоянии 1 см. Костную пластину, ограниченную этими надпилами, выбиваем долотом. Полотнище дуговой пилы поворачиваем под прямым углом к плоскости ручки пилы и параллельно передней поверхности большеберцовой кости.

Пила укладывается в образованную канавку—плоскость полотнища параллельна передней поверхности большеберцовой кости. Таким образом удается легко выпилить костно-надкостничный трансплантат необходимой длины и поперечника.

Так же, как и Гюлеке, и в отличие от Лексера мы берем всегда костно-надкостничный трансплантат и укладываем его на дефект надкостницы внутрь, фиксируя двумя-тремя кетгутовыми нитями, которые захватывают с одной стороны край дефекта надкостницы черепа, подлежащий край надкостницы трансплантата; затем нить поверх трансплантата переходит на другую сторону, захватывает в обратном порядке край надкостницы трансплантата и подлежащую надкостницу черепа (рис. 590).

Концы нитей завязываются над трансплантатом без особого натяжения. Кожный лоскут укладывается поверх и зашивается тщательно частыми узловатыми тонкими шелковыми швами.

Строжайшая асептика, частая смена перчаток во время операции, особо бережливое отношение к тканям, тщательнейшая остановка кровотечения совершенно обязательны для успеха этих операций, особенно с трансплантацией жира.

О том, что старательно нужно избегать новых повреждений мозговой ткани, было сказано выше.

Портреты Пещерных говорящих приматов из книги «люди Каменного века», автор М.М. Герасимов. 1964 г.

они действительно вымерли?

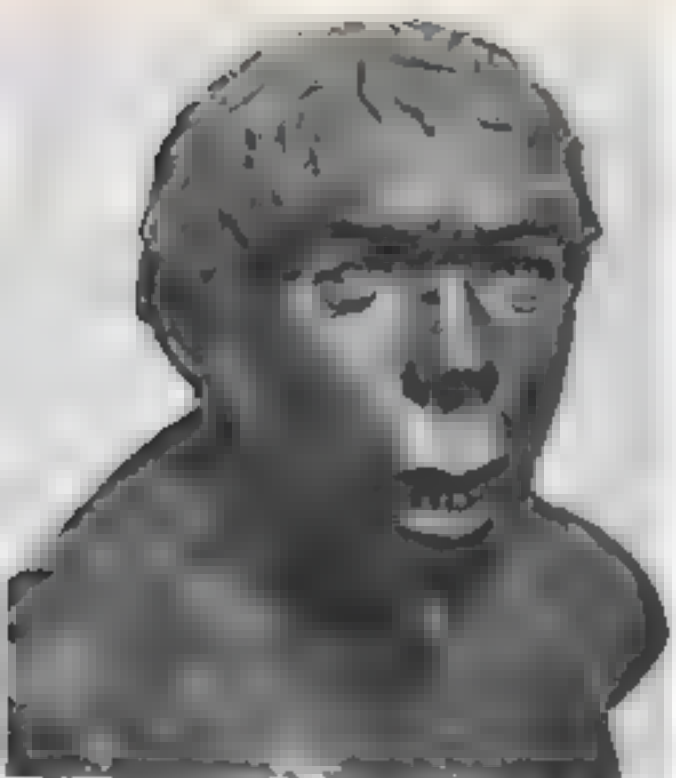


Рис. 1

Неандертальский человек

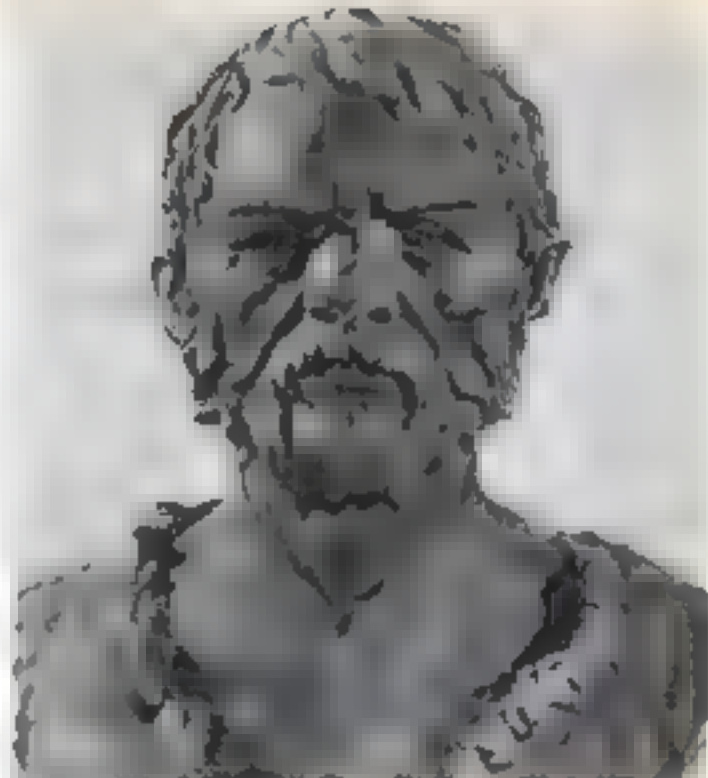


Рис. 2

Неандертальский человек

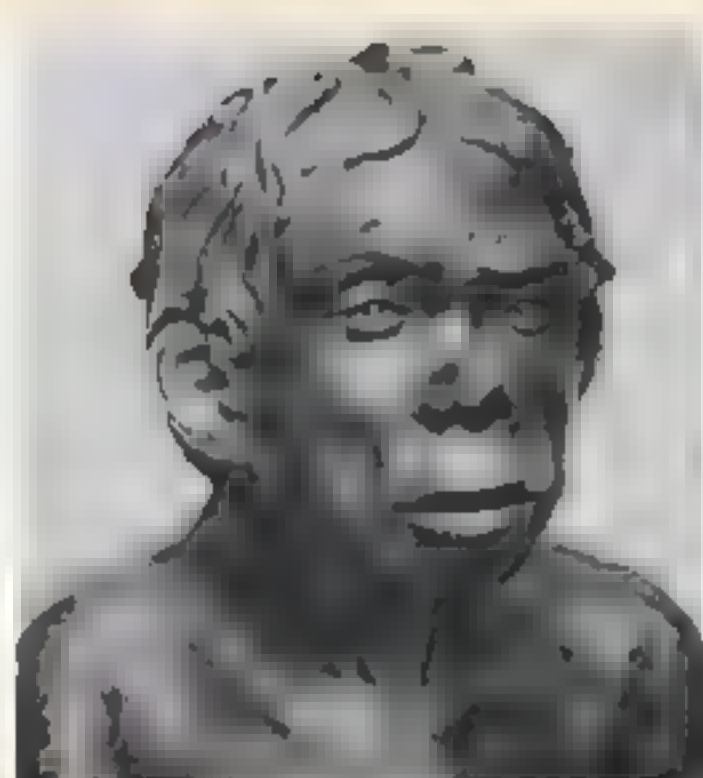


Рис. 3

Неандертальский человек

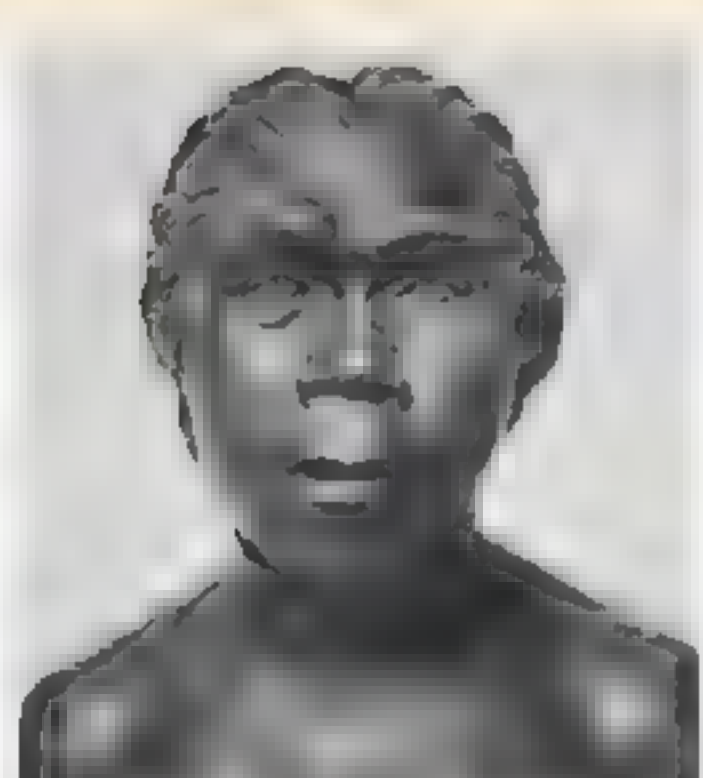


Рис. 4

Неандертальский человек



Рис. 5

Неандертальский человек



Рис. 6

Неандертальский человек

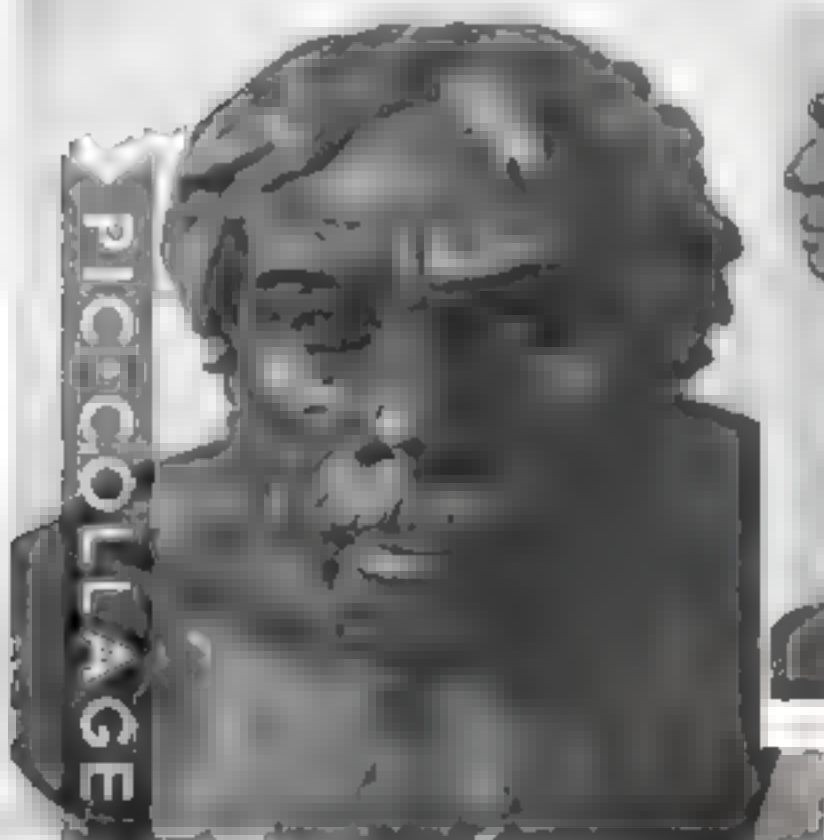


PHOTO-COLLAGE

Рис. 7

Неандертальский человек

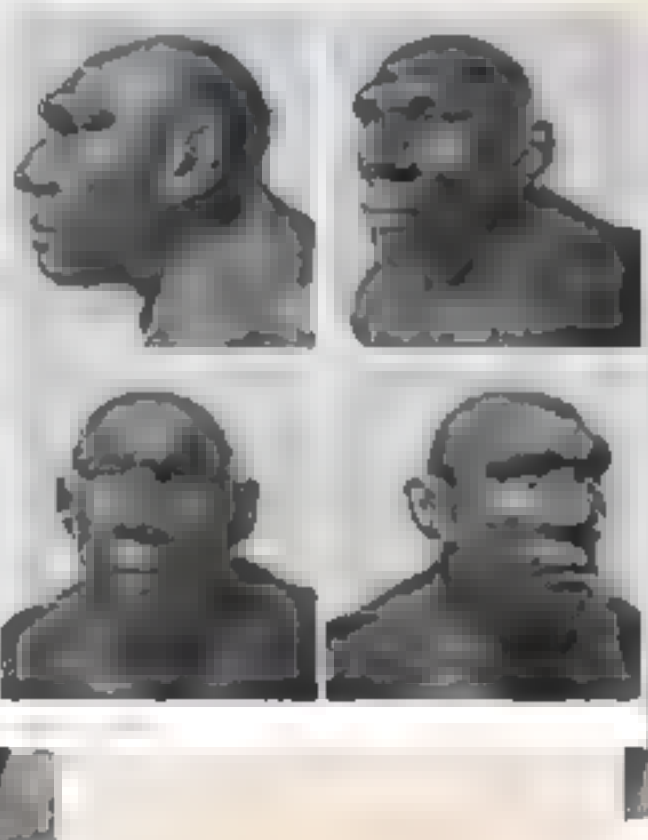


Рис. 8

Неандертальский человек



Рис. 9

Неандертальский человек



Рис. 10

Неандертальский человек

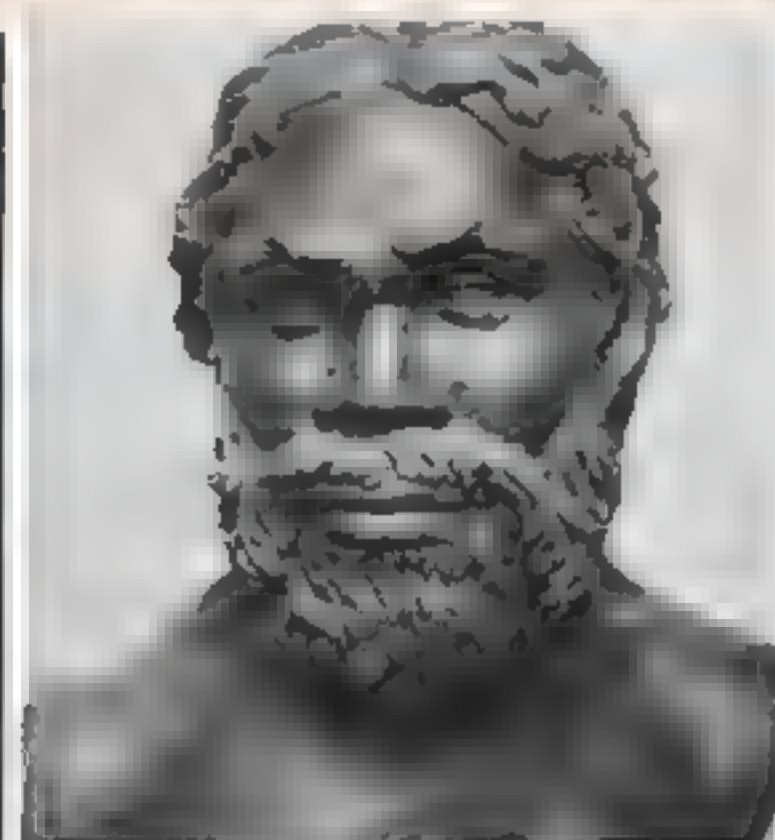


Рис. 11

Неандертальский человек

Неандертальцы

Неандертальцы, ископаемые древние люди, создавшие археологические культуры раннего палеолита. Скелетные остатки неандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке. Время существования 200 — 35 тыс. лет назад. Как установили исследования генетического материала неандертальцев, они, видимо, не являются прямыми предками современного человека.



Современная гуманитарная академия

Н.С. Лобас

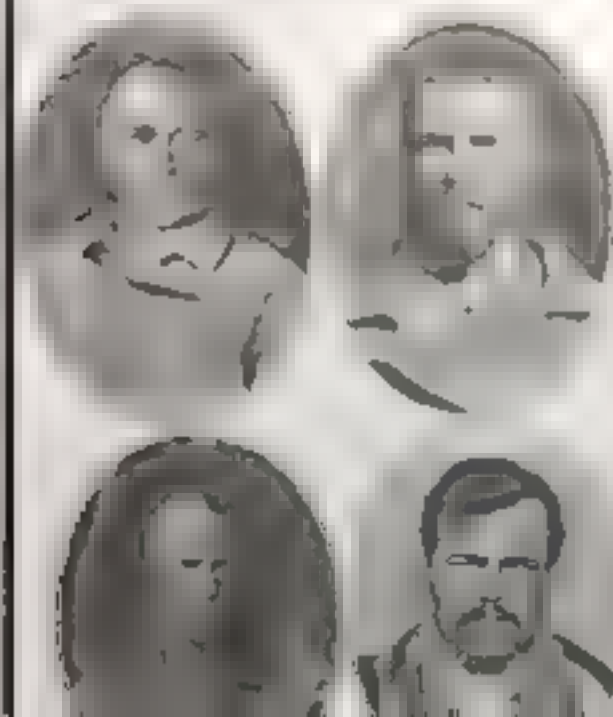
бывший врач сахалинских каторжных тюрем

УБИЙЦЫ

(Некоторые черты психофизики преступников
Со снимками преступников)

Москва 2008

PICTOCOLLAGE



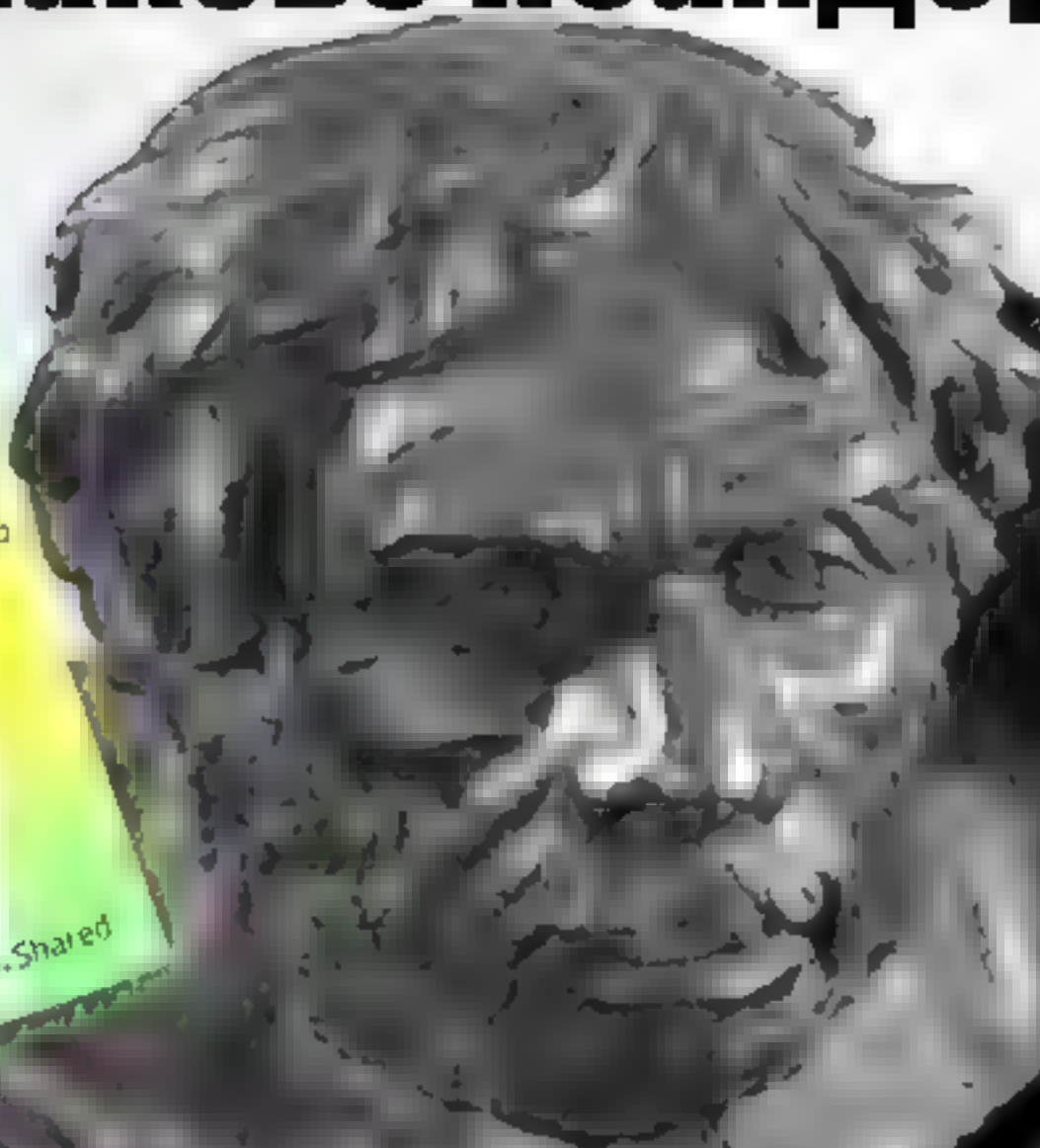
Женщины неандертальцы



Homo Neanderthal

Одинаково Неандертальцы

Неандертальцы
ископаемые древние люди, создавшие культуру раннего палеолита. Скелетные останки неандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке. Живя 200 — 35 тыс. лет назад, как установили генетические исследования, неандертальцы являются прямыми предками современного человека.



Нет нет
неандертальцы
давно вымерли.
Я человек.
Совпадения
случайны.

Homo одинаково

piccollage

**ВСЕГДА
не верьте
тому что
кажется,
верьте
ТОЛЬКО
доказательствам.**



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.

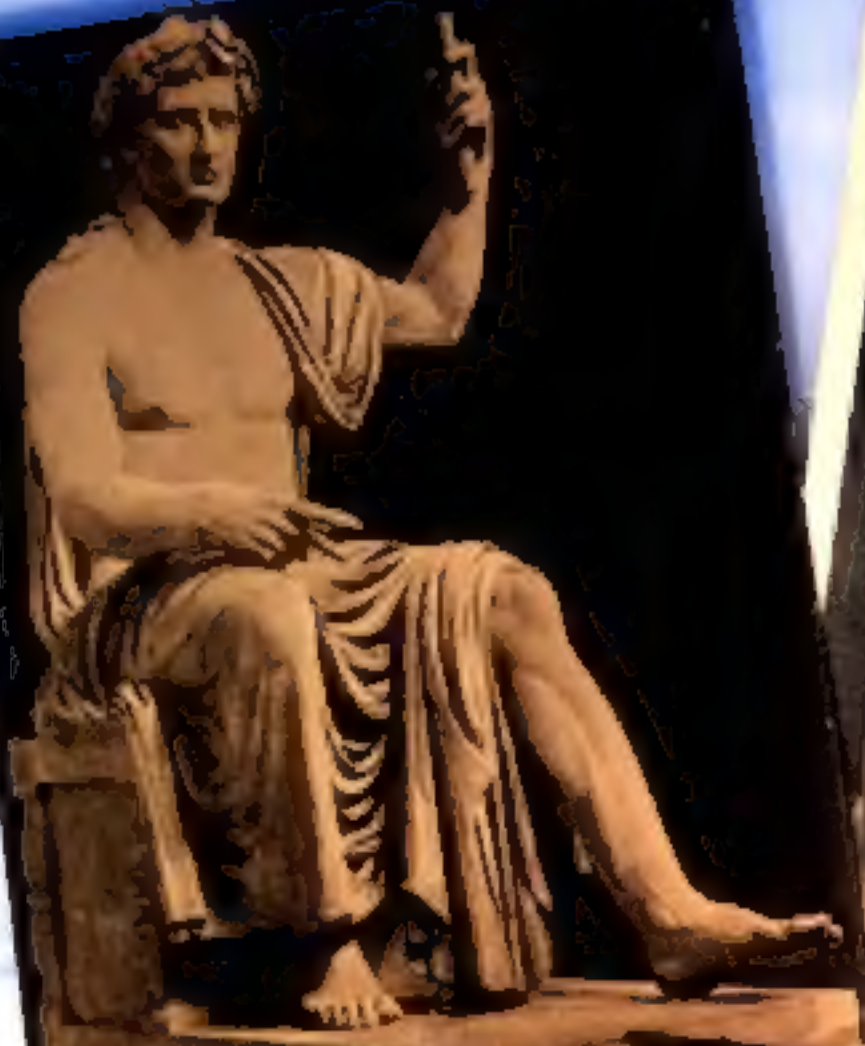
Человек



PICTOCOLLEGE







Napoli - Museo Nazionale - Ces



Museo Vaticani - Roma - Etr

